Trendrapportage GGZ 2012

Deel 2B: Toegang en zorggebruik

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Ernst van de psychische aandoening als voorspeller van de aard en intensiteit van zorggebruik

Resultaten van de ‘Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2’ (NEMESIS-2)



2012

Trendrapportage GGZ 2012

Deel 2B: Toegang en zorggebruik

Ernst van de psychische aandoening als voorspeller van de aard en intensiteit van zorggebruik

Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2)

Trimbos-instituut,
Utrecht, 2012

Trimbos instituut
Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgever
Ministerie van VWS

Financiering
Ministerie van VWS

Projectuitvoering
Dr. M. ten Have
Dr. J. Nuijen
Dr. R. de Graaf

Projectleiding
Dr. J. Nuijen

Met dank aan
Drs. E.G. Memeo; Ministerie van VWS

Productiebegeleiding
Kathy Oskam

Opmaak en druk
Canon Nederland N.V.

ISBN 978-90-5253-741-2

Deze uitgave is te bestellen of te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1216**.

Onder de noemer Trendrapportage GGZ brengt het Trimbos-instituut vanaf 2008 jaarlijks een serie rapportages uit over de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De Trendrapportage GGZ wordt opgesteld in opdracht van het Ministerie van VWS. Primaire doelstelling is overzicht te bieden van de voor het overheidsbeleid relevante ontwikkelingen op het gebied van de GGZ. Daarbij vervult de Trendrapportage GGZ een signalerende, een analyserende en een evaluatieve functie. Behalve voor de rijksoverheid staat de Trendrapportage GGZ ook ten dienste van andere betrokkenen bij de GGZ en GGZ-beleid, waaronder beleidsmakers van zorgaanbieders, financiers, koepelorganisaties en patiëntenorganisaties.

De Trendrapportage GGZ bestrijkt drie deelterreinen:
1. Organisatie, structuur en financiering
2. Toegang en zorggebruik
3. Kwaliteit en effectiviteit

Inhoudsopgave

Samenvatting

1 Inleiding

Om de kosten van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) beheersbaar te houden wordt vanuit de overheid onder meer ingezet op het versterken van de GGZ in de eerste lijn. De gedachte is dat een sterke eerstelijns-GGZ de behandeling op zich gaat nemen van een substantieel deel van de patiënten met lichte(tere) psychische problematiek die nu nog in de tweedelijns-GGZ wordt geholpen. Dit sluit aan bij het overheidsstreven om de zorg voor mensen met psychische problemen meer in te richten volgens de principes van stepped care (het bieden van niet minder zorg dan nodig, maar niet meer dan noodzakelijk) en matched care (zorg die erop gericht is de patiënt zo snel mogelijk op de meest geëigende plaats te behandelen).

In dit kader is het belangrijk om recente Nederlandse gegevens te hebben over de relatie tussen de ernst van psychische problematiek en de aard en intensiteit van zorggebruik. Zulke gegevens ontbreken op dit moment, of ze zijn relatief oud of komen uit het buitenland. Deze lacune wordt in dit rapport opgevuld. De gebruikte gegevens zijn afkomstig uit NEMESIS-2 (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2), een representatief bevolkingsonderzoek naar de psychische gezondheid van volwassen Nederlanders (18-64 jaar). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen twee sectoren waarin hulp voor psychische problemen kan zijn gezocht: algemene gezondheidszorg (AGZ) en GGZ. Het AGZ-gebruik heeft vooral betrekking op huisartsenzorg, omdat mensen vanwege psychische problemen vooral bij de huisarts voor hulp aankloppen en minder vaak bij andere hulpverleners werkzaam in de AGZ.

2 Belangrijkste resultaten

Vier op de 10 mensen met een ernstige psychische aandoening maken gebruik van GGZ

Van de mensen met enigerlei psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden hadden drie op de 10 een ernstige psychische aandoening. Lager opgeleiden, mensen woonachtig zonder partner, mensen zonder betaald werk en mensen met een laag huishoudinkomen hadden meer kans op een ernstige dan op een lichte psychische aandoening.

Het bleek dat naarmate mensen in de afgelopen 12 maanden meer ernstige psychische problemen hadden, zij in diezelfde periode vaker gebruikmaakten van zorgvoorzieningen. Dat gold zowel voor AGZ als GGZ. Toch maakten slechts vier op de 10 mensen met een ernstige psychische aandoening gebruik van GGZ en de helft van AGZ.

Er zijn verschillende (mogelijke) redenen waarom relatief veel mensen met een ernstige psychische aandoening *geen* gebruikmaken van GGZ:

- Zij zoeken zelf geen hulp.

- Zij kunnen in het verleden wel hulp hebben gezocht en gekregen, maar dat hielp niet echt waardoor zij niet nog eens hulp zoeken bij nieuwe of oude problemen.
- De problematiek is door de huisarts niet als zodanig ernstig herkend waardoor een verwijzing naar de GGZ uitbleef.
- Zij hebben zich wel voor hulp aangemeld bij de GGZ, maar worden (nog) niet behandeld.
- Meetfouten of misclassificatie bij het bepalen van de ernst van psychische aandoeningen en het zorggebruik kunnen ook het beeld enigszins hebben bepaald.

Met name de eerste drie verklaringen zouden erop wijzen dat de principes van stepped care en matched care nog niet optimaal werken.

Vier op de 10 GGZ-gebruikers hebben geen recente psychische aandoening, maar wel psychische of sociale beperkingen in het functioneren

Als uitgegaan werd van de GGZ-gebruikers dan bleek dat vier op de 10 geen recente ofwel 12-maands psychische aandoening hadden. Er werden wel aanwijzingen gevonden dat deze GGZ-gebruikers niet voor niets professionele hulp hadden gezocht. Al met al had slechts 8,7% van alle GGZ-gebruikers nooit eerder in het leven een psychisch aandoening gehad én geen psychische of sociale beperkingen in de afgelopen vier weken ervaren.

Er zijn verschillende (mogelijke) verklaringen waarom relatief veel GGZ-gebruikers geen recente psychische aandoening hebben:

- De groep mensen zonder 12-maands psychische aandoening in de bevolking is zeer omvangrijk. Als maar een paar procent hiervan in de GGZ terecht komt, zoals het geval is, omvat dit een relatief grote groep van alle GGZ-gebruikers.
- In NEMESIS-2 zijn niet alle psychische aandoeningen gemeten, waardoor GGZ-gebruikers in werkelijkheid wel een andere (niet gemeten) psychische aandoening kunnen hebben, zoals een persoonlijkheidsstoornis.
- GGZ betreft in ons onderzoek niet alleen tweedelijns-GGZ, maar omvat ook eerstelijnspsychologen en juist deze beroepsgroep ziet relatief veel mensen met milde psychische problemen.
- Personen zijn door de eerder geboden zorg opgeknapt en voldoen daardoor niet meer aan de criteria van een psychische aandoening.
- Huisartsen verwijzen relatief veel personen met milde psychische problemen door naar de tweedelijns-GGZ.

Met name de laatstgenoemde verklaring – teveel verwijzing van lichte gevallen naar de tweedelijns-GGZ – zou erop wijzen dat de stepped care en matched care principes nog niet optimaal werken: in principe zouden milde psychische problemen goed behandeld moeten kunnen worden in de eerste lijn. Het is echter onduidelijk in welke mate deze verklaring van kracht is.

Ernst psychische aandoening is gerelateerd aan een verhoogde kans op zorggebruik en doorstroming naar de GGZ

Mensen met een ernstige psychische aandoening hadden een beduidend hogere kans om zowel GGZ als *uitsluitend* AGZ vanwege psychische problemen te gebruiken dan om geen zorg te gebruiken vergeleken met mensen zonder 12-maands aandoening. Daarnaast hadden mensen met een ernstige psychische aandoening ook een hogere kans op GGZ dan op *uitsluitend* AGZ vanwege psychische problemen. Dat betekent dat zij meer kans hadden op doorstroming naar de GGZ.

Lagere opgeleiden hebben meer kans op GGZ, en dat komt omdat zij vaker (meer ernstige) psychische aandoeningen hebben dan hoger opgeleiden

Mensen met alleen lager onderwijs hadden een verhoogde kans op GGZ dan op geen zorg vergeleken met hbo'ers en universitair geschoolden. Deze verhoogde kans van lager opgeleiden op GGZ-gebruik werd veroorzaakt doordat zij vaker een psychische aandoening hadden en vaker een meer ernstige dan een lichte psychische aandoening hadden dan hoger opgeleiden.

Mensen zonder partner, zonder werk of met een laag huishoudinkomen hebben een verhoogde kans op zorggebruik en doorstroming naar de GGZ, maar eenmaal in GGZ dan hebben zij evenveel kans op intensieve behandeling

Mensen woonachtig zonder partner en volwassenen zonder betaald werk hadden een verhoogde kans op (doorstroming naar de) GGZ en dat werd *niet* verklaard doordat deze groepen meer kans hadden op een psychische aandoening of op een meer ernstige dan een lichte psychische aandoening. Waarom beide groepen vaker in de GGZ terecht kwamen is niet duidelijk.

Mensen met een laag huishoudinkomen hadden ook een verhoogde kans op (doorstroming naar de) GGZ en dat werd *wel* verklaard doordat zij meer kans hadden op een (meer ernstige) psychische aandoening en zij vaker zonder partner woonachtig waren dan mensen met hogere inkomens.

Eenmaal in de GGZ bleken mensen zonder partner, zonder werk of met een laag huishoudinkomen evenveel kans te hebben op het meest intensieve niveau van zorg (niveau 4: ten minste acht gesprekken van ten minste 30 minuten óf ten minste één maand adequaat medicijngebruik met ten minste vier gesprekken) dan mensen woonachtig met een partner, volwassenen met betaald werk en mensen met een hoog huishoudinkomen.

Ernst van de psychische aandoening is gerelateerd aan meer intensieve zorg in de GGZ, maar niet in de AGZ

Niet verrassend werd in de GGZ meer intensieve zorg verleend dan in de AGZ. Iets meer dan de helft (51,1%) van de mensen die in de afgelopen 12 maanden gebruikmaakten

van de GGZ ontving hulp van het meest intensieve niveau (niveau 4), tegenover 13% van de mensen die in de afgelopen 12 maanden *uitsluitend* AGZ hadden gebruikt vanwege psychische problemen.

Bij de mensen die *uitsluitend* gebruikmaakten van de AGZ vanwege psychische problemen, hing de ernst van hun aandoening niet samen met de intensiteit van zorg dat men binnen deze zorgsector kreeg. Dit gold wel voor de GGZ: des te ernstiger de problematiek, des te intensiever de zorg. Deze bevindingen wijzen erop dat bij de behandeling van psychische problemen binnen de AGZ onvoldoende gewerkt wordt volgens het stepped care principe, terwijl dat in de GGZ veel meer het geval is.

3 Conclusies en aanbevelingen

De bevindingen van dit rapport geven aan dat de principes van stepped en matched care nog niet optimaal worden toegepast in de zorg voor mensen met psychische problemen. Het blijkt dat relatief veel mensen met subklinische beelden – de psychische problemen zijn niet ernstig genoeg om te kunnen spreken van een psychische stoornis volgens standaard psychiatrische criteria – in behandeling zijn in de GGZ, terwijl veel ernstige gevallen dit niet zijn. Dit komt overeen met buitenlands onderzoek en kan meerdere oorzaken hebben, variërend van kenmerken van zowel de patiënt, hulpverlener als de organisatie en financiering van de zorg. Toekomstig onderzoek zou in kaart kunnen brengen welke oorzaken voor de Nederlandse situatie gelden.

Hoewel de resultaten van dit rapport erop wijzen dat een deel van de personen met psychische problemen niet op de meest geëigende plek behandeld wordt, kan niet bepaald worden wat de precieze omvang van dit probleem is. Zoals hierboven besproken zijn er diverse mogelijke andere verklaringen voor de bevinding dat relatief veel GGZ-gebruikers subklinische klachten hebben en die juist kunnen wijzen op passende zorg (o.a. behandeling door een eerstelijnspsycholoog; eerder geboden zorg heeft geresulteerd in afname van klachten tot een subklinisch niveau). Verder kan het gevonden percentage personen met een ernstige psychische aandoening dat niet gebruikmaakte van GGZ in werkelijkheid lager zijn, bijvoorbeeld doordat ze al wel aangemeld waren bij de GGZ, maar nog geen behandeling kregen.

Om de psychische behandeling van lichte gevallen in de tweedelijns-GGZ zoveel mogelijk te beperken en op te vangen in de eerste lijn, zoals de overheid voorstaat, dient de psychische hulpverlening in de huisartsenpraktijk verder versterkt te worden. Dit rapport laat immers zien dat de psychische hulpverlening in de AGZ die vooral gegeven wordt door huisartsen voor verbetering vatbaar is. De hulp wordt nog onvoldoende gefaseerd opgebouwd volgens het stepped care principe: bijna alle patiënten met een psychische aandoening die uitsluitend gebruikmaakten van de AGZ kregen dezelfde hulp qua aard en intensiteit, ongeacht de ernst van hun psychische aandoening. Bovendien is de hulp in de AGZ tamelijk licht te noemen: gevonden werd dat de helft van de patiënten met een psychische aandoening minder dan twee gesprekken kreeg.

Om een ombuiging van patiënten met lichte psychische aandoeningen van de tweedelijns-GGZ naar de eerste lijn daadwerkelijk te kunnen realiseren, dienen huisartsen

de ernst van psychische problemen goed in te schatten, hun behandelaanbod hierop beter af te stemmen en patiënten sneller te verwijzen indien hun problematiek meer gespecialiseerde hulp vereist. Daarnaast zouden huisartsen bij de herkenning, ernstbepaling en behandeling van psychische problematiek in voldoende mate ondersteund moeten worden door praktijkondersteuners GGZ (POH's-GGZ), en goed samen dienen te werken met eerstelijnspsychologen of andere aanbieders van kortdurende generalistische behandeling.

In het recentelijk gesloten Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 heeft het Ministerie van VWS met partijen in de GGZ afgesproken toe te werken naar een andere ordening in de GGZ, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen huisartsenzorg, generalistische Basis-GGZ en specialistische GGZ. De bedoeling is dat de specialistische GGZ zich vooral gaat richten op het herstel of de rehabilitatie van patiënten met (zeer) complexe aandoeningen, en dat een aanzienlijk deel van de patiënten die nu in de tweedelijns-GGZ worden geholpen, overgenomen gaat worden in een sterke huisartsenzorg en generalistische Basis-GGZ. Idealiter zou een dergelijke ombuiging in de patiëntenstroom gepaard moeten gaan met gedegen onderzoek waarin wordt nagegaan in welke mate dit daadwerkelijk wordt gerealiseerd en het niet gepaard gaat met negatieve neveneffecten.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en doel

De uitgaven in de geestelijkse gezondheidszorg (GGZ) lopen gestaag op, wat wijst op een groeiende zorgvraag. Om de kosten van de GGZ beheersbaar te houden wordt vanuit de overheid onder meer ingezet op het versterken van de GGZ in de eerste lijn (VWS, 2011). De gedachte is dat een sterke eerstelijns-GGZ de behandeling op zich gaat nemen van personen met lichte psychische problematiek die nu nog een beroep doen op de tweedelijns-GGZ. Daarnaast zou een sterke eerstelijns-GGZ beter toegerust zijn om terugvalpreventie en nazorg te bieden aan personen met ernstige(re) psychische problematiek, waardoor meer mensen na behandeling in de tweedelijns-GGZ terugverwezen kunnen worden naar de eerste lijn (VWS, 2011; NZa, 2011). Dit sluit aan bij het overheidsstreven om de zorg voor mensen met psychische problemen meer in te richten volgens de principes van stepped care (het bieden van niet minder zorg dan nodig, maar niet meer dan noodzakelijk) en matched care (zorg die erop gericht is de patiënt zo snel mogelijk op de meest geëigende plaats te behandelen) (VWS, 2011). In een recent advies van het College voor zorgverzekeringen aan de minster over wat wel en wat niet verzekerde geneeskundige GGZ is worden deze principes ook als uitgangspunten van goede zorg genomen (CVZ, 2012). Recente versies van richtlijnen in de GGZ gaan ook uit van de stepped care benadering (bv. de Multidisciplinaire richtlijnen Depressie en Angststoornissen).

In het kader van het streven naar het toepassen van stepped en matched care principes in de zorg voor mensen met psychische problemen is het belangrijk om recente Nederlandse gegevens te hebben over de relatie tussen de ernst van psychische problematiek en zorggebruik. Zulke gegevens ontbreken op dit moment, of ze zijn relatief oud of komen uit het buitenland. Eerdere bevindingen wijzen erop dat niet alle personen met psychische problemen op de meest passende plek behandeld lijken te worden. Uit gegevens van de bevolkingsstudie Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS-1) bleek dat in 1997 bijna 30% van de gebruikers van de GGZ 'milde' psychische klachten had, ofwel klachten die niet ernstig genoeg waren om te spreken van een psychische aandoening (Ten Have e.a., 2009). Daarbij moet wel aangetekend worden dat het merendeel van deze personen wel psychische of sociale beperkingen ervoeren en/of eerder in hun leven last hadden van een psychische aandoening (Ten Have e.a., 2009). Anderzijds, vond een Nederlandse studie die uitgevoerd werd binnen het kader van de wereldwijde bevolkingsstudie World Health Organization World Mental Health Surveys (WMHS) dat in 2001-2003 bijna de helft van de personen met een ernstige psychische aandoening niet in zorg kwam (Demyttenaere e.a., 2004). Het is onduidelijk of deze oudere bevindingen nog steeds geldig zijn. Onduidelijk is ook in hoeverre in Nederland bij het verlenen van psychische zorg de stepped care benadering

toegepast wordt. Studies naar de relatie tussen de ernst van psychische problematiek en de intensiteit van de geboden zorg zijn beperkt in aantal en meestal uitgevoerd in het buitenland (zie paragraaf 1.4).

De Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2), een representatief bevolkingsonderzoek naar de psychische gezondheid van volwassen Nederlanders, biedt de mogelijkheid om op basis van actuele gegevens onderzoek te doen naar de relatie tussen de ernst van een psychische aandoening en de aard en intensiteit van zorggebruik. In dit rapport zullen de resultaten van deze analyses gepresenteerd en bediscussieerd worden.

1.2 Onderzoeksvragen

De volgende onderzoeksvragen staan centraal in dit hoofdstuk:
1. Hoe vaak komen psychische aandoeningen voor in de afgelopen 12 maanden en hoe is daarbinnen de verdeling naar verschillende ernstgradaties?
2. Wat zijn risico-indicatoren van het vóórkomen van enigerlei psychische aandoening en van een meer ernstige psychische aandoening bij mensen met een aandoening?
3. In hoeverre is de ernst van een psychische aandoening gerelateerd aan zorggebruik vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen?
4. Wat zijn risico-indicatoren van zorggebruik vanwege genoemde problemen?
5. In hoeverre verschilt de aard en intensiteit van de ontvangen zorg naar de ernst van een psychische aandoening?
6. Wat zijn risico-indicatoren van intensief GGZ-gebruik vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen?

Het zorggebruik wordt uitgesplitst naar twee sectoren waarin hulp voor psychische problemen kan zijn gezocht (algemene gezondheidszorg, AGZ; geestelijke gezondheidszorg, GGZ) en daarbinnen naar de aard (gesprekken, medicatie, verwijzing, anderszins) en intensiteit van de ontvangen zorg. Het is belangrijk om op te merken dat GGZ zo gedefinieerd is dat hieronder ook de zorg valt die geboden wordt door eerstelijnspsychologen. Het gebruik van deze beroepsgroep kan niet apart bekeken worden binnen NEMESIS-2. Dat betekent dat het AGZ-gebruik vooral betrekking heeft op huisartsenzorg, omdat mensen vanwege psychische problemen vooral bij de huisarts voor hulp aankloppen en minder vaak bij andere hulpverleners werkzaam in de AGZ.

Vier niveaus van minder tot meer intensieve zorg zijn gedefinieerd op basis van het aantal ontvangen hulpverlenende gesprekken en/of de duur van het voorgeschreven medicatiegebruik. De risico-indicatoren die worden onderzocht, omvatten demografische kenmerken (onderzoeksvragen 2, 4, 6), ernst van de psychische aandoening, type aandoening en aanwezigheid van een chronische lichamelijke aandoening (onderzoeksvragen 4, 6), overeenkomstig eerdere studies op dit gebied (bv. Uebelacker e.a., 2006).

1.3 Opbouw rapport

Deze inleiding sluit af met een bespreking van de relevante internationale literatuur (zie hieronder). Vervolgens wordt in hoofdstuk 2 de technische verantwoording van het onderzoek beschreven. Het rapport is zo geschreven dat lezers die hierin minder geïnteresseerd zijn dit hoofdstuk kunnen overslaan. In hoofdstuk 3 worden de onderzoeksresultaten gepresenteerd, waarna het rapport eindigt met een beschouwing van de bevindingen (hoofdstuk 4).

1.4 Literatuuroverzicht

Bij de bespreking van de literatuur komen voornamelijk studies aan de orde die in opzet vergelijkbaar zijn aan NEMESIS-2. Op deze manier zijn bevindingen met elkaar te vergelijken en wordt het mogelijk te onderzoeken in hoeverre uitkomsten uniek zijn voor Nederland of dat deze ook elders geldig zijn.

Sinds 2000 zijn voor zover wij konden nagaan ongeveer tien relevante internationale publicaties verschenen over de ernst van psychische aandoeningen en een vergelijkbaar aantal over niveaus van minimale adequate zorg voor psychische problemen. Deze publicaties zijn gebaseerd op bevolkingsstudies uitgevoerd bij volwassenen in diverse landen, en worden hieronder besproken.

Cijfers uit de World Health Organization World Mental Health Surveys (WMHS), een wereldwijde bevolkingsstudie in 14 landen in Amerika, Europa, het Midden-Oosten, Afrika en Azië, laten grote verschillen in het vóórkomen van psychische aandoeningen tussen landen zien (Demyttenaere e.a., 2004). Voor de zes West-Europese landen gold dat 8,2% tot 18,4% van de mensen enigerlei psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden heeft gehad. De VS scoorde hoger met 26,4%. Dit verschil komt deels doordat in de West-Europese studies minder psychische aandoeningen zijn vastgesteld dan in de Amerikaanse studie, de National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), maar reflecteert hoogstwaarschijnlijk ook een werkelijk verschil.

Niet alleen de prevalentie maar ook het percentage ernstige gevallen verschilt sterk tussen landen. In de zes West-Europese landen varieerde het percentage ernstige gevallen tussen 10,9% en 20,0% van alle mensen met een 12-maands psychische aandoening, terwijl in de VS een hoger percentage werd gevonden (29,3%; Demyttenaere e.a., 2004).

In de WMHS waren de aantallen respondenten per land (met uitzondering van de VS, en later in de studie Australië en Nieuw-Zeeland) te klein om de ernst van afzonderlijke psychische aandoeningen vast te stellen. Bovendien werden minder vaak voorkomende aandoeningen niet bij iedereen vastgesteld, waardoor eventuele schattingen van de ernst van afzonderlijke aandoeningen in een land voorzichtig geïnterpreteerd moeten worden. Uit de NCS-R, die onderdeel uitmaakte van de WMHS, blijkt dat stemmingsstoornissen vaak ernstiger zijn dan angststoornissen (Kessler e.a.,

2005a; 2008). Binnen de hoofdgroep van stemmingsstoornissen was het percentage ernstige gevallen het hoogst bij mensen met een bipolaire stoornis en het laagst bij mensen met een depressie. Binnen de angststoornissen was het percentage ernstige gevallen het hoogst bij mensen met een obsessief-compulsieve stoornis en het laagst bij mensen met een specifieke fobie. Binnen de middelenstoornissen telden de mensen met een drugsafhankelijkheid het hoogste percentage ernstige gevallen (Kessler e.a., 2008).

In een studie waarin de ernst van psychische aandoeningen werd vergeleken tussen de Amerikaanse NCS-R en haar voorloper de National Comorbidity Survey (NCS), blijkt dat zowel de prevalentie van psychische aandoeningen als het percentage ernstige gevallen niet was veranderd in de periode 1990-2001 (Kessler e.a., 2005b).

Uit de WMHS blijkt dat mensen met een ernstige psychische aandoening vaker gezondheidszorg gebruiken dan mensen met een lichte psychische aandoening. Dit gold voor zowel ontwikkelde landen als minder ontwikkelde landen (Demyttenaere e.a., 2004; Shen e.a., 2006; Medina-Mora e.a., 2005). In de zes West-Europese landen varieerde het percentage ernstige gevallen dat in het afgelopen jaar in zorg kwam tussen 49,7% en 64,5%, en het percentage lichte gevallen in zorg tussen 18,9% en 35,2%. De VS nam met respectievelijk 52,3% en 22,5% een middenpositie in (Demyttenaere e.a., 2004).

Eerder Nederlands onderzoek gebaseerd op gegevens van NEMESIS-1 laat eveneens zien dat de ernst van een depressie bepalend was voor de mate waarin mensen met depressieve symptomen professionele hulp ontvingen (Ten Have e.a., 2009).

Uit een vergelijking van de Amerikaanse NCS-R en haar voorloper de NCS blijkt dat het zorggebruik vanwege psychische problemen in de periode 1990-2001 sterk was toegekomen, vooral in de AGZ. Die stijging in zorggebruik kwam aan iedereen in gelijke mate ten goede, ook ongeacht de ernst van hun problematiek (Kessler e.a., 2005b).

Recentere cijfers uit de WMHS, gebaseerd op gegevens uit 17 landen in Amerika, Europa, het Midden-Oosten, Afrika, Azië, Australië en Nieuw-Zeeland, laten grote verschillen tussen landen zien in de intensiteit van de geboden zorg voor psychische problemen in het afgelopen jaar (Wang e.a., 2007). Twee niveaus van enigerlei zorg werden bepaald: ten minste twee gesprekken, en ten minste acht gesprekken óf ten minste één maand medicatiegebruik met ten minste vier gesprekken met een arts of GGZ-hulpverlener. Indien een respondent in behandeling was ten tijde van het interview, telde dat ook als hulp ontvangen op beide niveaus van zorg. Of mensen ten minste twee gesprekken kregen hing in drie van de zes West-Europese landen samen met de ernst van de psychische aandoening: hoe ernstiger de problematiek, hoe vaker ten minste twee gesprekken in enigerlei zorgvoorziening. Dat gold ook voor de VS. Of mensen het zojuist gedefinieerde hoogste niveau van zorg kregen hing in twee van de zes West-Europese landen samen met de ernst van de psychische aandoening en dat gold ook voor de VS.

Concretere aanwijzingen over hoeveel procent van de mensen met een psychische aandoening bepaalde niveaus van zorg krijgen, vinden we in de studie van Wang en collega's (2005) die zich baseerden op de NCS-R. Zij hanteerden een hoger niveau van

zorg: ten minste acht gesprekken van ten minste 30 minuten óf ten minste twee maanden juist medicatiegebruik met ten minste vier gesprekken met een arts of GGZ-hulpverlener. Dit niveau van zorg werd vaker gezien in de GGZ dan in de AGZ (zie ook Uebelacker e.a., 2006), en binnen beide sectoren vaker bij mensen met een stemmings- of angststoornis dan bij mensen met een middelenstoornis. Van de mensen met een 12-maands psychische aandoening ontving 48,3% dit niveau van hulp in de GGZ en 12,7% in de AGZ. Binnen de GGZ ontving ongeveer de helft van de mensen met een stemmings- of angststoornis deze zorg tegenover een derde van de mensen met een middelenstoornis (Wang e.a., 2005). Uit de NCS-R blijkt verder dat 41,9% van de mensen met een depressieve stoornis die gebruikmaakten van AGZ of GGZ een soortgelijk niveau van zorg ontving. Nu werd alleen een kortere medicatieduur gehanteerd (ten minste een maand juist medicatiegebruik voor een depressie; Kessler e.a., 2003a). Aangezien in de WMHS en de NCS-R met de definities van hoogst ontvangen niveau van zorg werd aangesloten bij wat in bestaande richtlijnen werd omgeschreven als adequate zorg, concludeerden meerdere auteurs (Kessler e.a., 2003a; Wang e.a., 2005; 2007; Borges e.a., 2006; Fernández e.a., 2007; Gabilondo e.a., 2011) dat veel mensen die uiteindelijk in zorg komen vaak niet de behandeling krijgen die voldoet aan een minimale standaard voor adequate zorg. Kessler en collega's (2003a) berekenden dat uitgaande van alle mensen met een 12-maands depressie (dus inclusief degenen die niet in zorg kwamen) slechts 21,7% adequate zorg binnen de gezondheidszorg ontving (zie ook Gabilondo e.a., 2011).

Ten slotte is nog een studie bij Nederlandse huisartsenpatiënten vermeldenswaardig (Smolders e.a., 2009). Deze studie onderscheidt zich van genoemde bevolkingsstudies omdat het om patiënten met een depressie of angststoornis gaat en er een andere definitie van minimaal adequate zorg werd gehanteerd. Zo werd ook verwijzing naar de GGZ of consultatie door de huisarts ongeacht het aantal gesprekken als adequate zorg gezien. Ondanks grote verschillen in onderzoeksopzet en -methode concludeerden Smolders en collega's (2009) ook dat relatief meer patiënten met een stemmingsstoornis dan met een angststoornis zorg conform de huidige richtlijnen ontvangen. Mensen met een ernstige aandoening kregen niet vaker zorg conform de richtlijnen.

De internationale literatuur samenvattend blijkt dat slechts een minderheid van de mensen met een psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden een ernstige aandoening heeft. Mensen met een ernstige psychische aandoening maken vaker gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen vanwege hun problemen dan mensen met een lichte psychische aandoening. Desondanks zoekt een groot deel van de mensen met een ernstige aandoening geen hulp. Minder onderzoek is gedaan naar de intensiteit van de geboden hulp. Deze lijkt in enkele landen samen te hangen met de ernst van de psychische aandoening. Dat betekent dat in deze landen mensen met een ernstige aandoening vaker meer intensieve hulp krijgen aangeboden dan mensen met lichtere problematiek. Verder wordt in de GGZ vaker dan in de AGZ intensieve zorg gegeven en krijgen mensen met een stemmings- of angststoornis vaker een intensievere behandeling dan mensen met een middelenstoornis. In dit rapport gaan we na hoe dat zit voor de Nederlandse situatie.

2 Methode

2.1 Steekproef

In NEMESIS-2 werd een zogenoemde getrapte, gestratificeerde, aselecte steekproefprocedure gevolgd. Eerst werd een steekproef van 184 gemeenten getrokken, gestratificeerd naar regio en bevolkingsdichtheid. De vier grootste steden werden in ieder geval meegenomen. Met behulp van de verdeling van het aantal inwoners van 18 tot en met 64 jaar over de gevormde strata (regio's x categorieën van bevolkingsdichtheid + grootste steden) werd bepaald hoeveel adressen per gemeente getrokken werden. Daarna werden binnen die gemeenten uit postregistraties willekeurige huishoudadressen geselecteerd. Ten slotte werd uit het huishouden de laatstjarige 18 t/m 64-jarige gekozen. Inclusiecriterium was de Nederlandse taal voldoende machtig zijn. Adressen van instellingen werden uitgesloten.

Veldwerk

De bewuste huishoudens ontvingen een introductiebrief met een oproep tot deelname. De brief was ondertekend door de minister van VWS, en vergezeld van een brochure met onderzoeksdoelen en verwijzing naar een website. Binnen een week belden getrainde telefonistes de huishoudens. Zij stelden vast of het huishouden 18 t/m 64-jarige bewoners bevatte, en probeerden toestemming voor een interview te krijgen. Als geen telefoonnummer bekend was (30%), legden interviewers aan de deur contact. Personen die niet direct bereikbaar waren of in eerste instantie weigerden, werden later opnieuw benaderd. Voordat interviewers contact legden bij deze respondenten, werd een folder gestuurd met onderzoeksdoelen, voorlopige resultaten, en uitspraken van respondenten over hun ervaring met het onderzoek.

De respondenten kregen een kleine attentie (cadeaubon) na afloop van het interview. Het interview vond plaats op een door de ondervraagde gekozen locatie (bijna altijd thuis). De gemiddelde interviewduur bedroeg 95 minuten, en varieerde sterk, afhankelijk van het aantal psychische aandoeningen.

Het veldwerk van de eerste meting van de studie werd uitgevoerd in de periode november 2007 tot juli 2009.

Het onderzoeksvoorstel, de veldwerkprocedures en de informatie voor potentiële respondenten werden goedgekeurd door de Medisch-ethische Toetsingscommissie Instellingen Geestelijke Gezondheidszorg (METIGG). Nadat volledige schriftelijke en mondelinge informatie over de studie was gegeven voorafgaand en bij de start van het interview van de eerste meting, ondertekenden respondenten het toestemmingsformulier (informed consent) over hun deelname aan het interview. Een uniek respondentnummer werd gebruikt om de vertrouwelijkheid met de omgang van de data te garanderen. Anonimiteit werd gewaarborgd door naam en adresgegevens van respondenten los te koppelen van de gegevens uit het interview en deze op gescheiden plaatsen te bewaren.

Deelname en representativiteit

Aan deze eerste meting deden 6646 personen mee, wat neerkwam op een respons van 65,1%. De respondenten kwamen volgens cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek redelijk goed overeen met de hele Nederlandse bevolking wat betreft geslacht, leeftijd, woonsituatie (al of niet met partner wonen), opleidingsniveau en urbanisatiegraad van de woonplaats. Respondenten van 18 tot 25 jaar waren enigszins ondervertegenwoordigd. Om aan het onderzoek mee te kunnen doen moest de persoon goed Nederlands kunnen spreken. Daardoor valt aan te nemen dat etnische minderheden ondervertegenwoordigd waren.

Een weegfactor werd geconstrueerd om te corrigeren voor een verschil in respons tussen verschillende demografische groepen en een verschil in kans op selectie binnen een huishouden. Na weging komt de verdeling van de demografische variabelen van de respondenten goed overeen met die van de bevolking.

2.2 Diagnostisch instrument

In NEMESIS-2 werd gebruik gemaakt van het diagnostische interview CIDI, Composite International Diagnostic Interview, versie 3.0, dat is ontwikkeld door de WHO-World Mental Health Survey Initiative, een wereldwijd consortium van psychiatrisch-epidemiologische bevolkingsstudies. Het is een volledig gestructureerd interview: het antwoord van een respondent op een vraag leidt volgens vaste regels tot de volgende vraag. De CIDI kan worden afgenomen door getrainde interviewers die geen clinicus zijn. Het vraagt naar symptomen van psychische aandoeningen en naar de last die de respondent daarvan ondervindt. Uit de antwoorden valt af te leiden of de persoon voldoet aan de criteria van onderscheiden psychische aandoeningen volgens het classificatiesysteem DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders-IV.

De CIDI 3.0 wordt in veel landen wereldwijd toegepast en is een betrouwbaar en valide instrument om de in dit rapport onderzochte psychische aandoeningen vast te stellen (Haro e.a., 2006; Fayyad e.a., 2007).

2.3 Meting van de ernst van psychische aandoeningen

In NEMESIS-2 werden met de CIDI 3.0 DSM-IV-diagnoses bepaald. De volgende aandoeningen zijn in de analyses voor dit rapport meegenomen:

- Stemmingsstoornissen (depressie, dysthymie, bipolaire stoornis [manisch-depressief]);
- Angststoornissen (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis);
- Middelenstoornissen (alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid, drugsmisbruik of drugsafhankelijkheid);
- ADHD.

Het vóórkomen van deze psychische aandoeningen is bepaald over de afgelopen 12

maanden (jaar prevalentie). Dat is ook gedaan voor enigerlei psychische aandoening (ten minste één van deze aandoeningen) en voor de aanwezigheid van meerdere psychische aandoeningen.

Van een psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden is de ernst van de aandoening bepaald op een vergelijkbare wijze als in eerdere studies (Demyttenaere e.a., 2004; Medina-Mora e.a., 2005). Iemand heeft een *ernstige* psychische aandoening indien hij of zij aan ten minste één van de volgende criteria voldoet:

- Bipolaire I stoornis;
- Middelenafhankelijkheid met een lichamelijk afhankelijkheidssyndroom;
- Suïcide poging ondernomen in de afgelopen 12 maanden;
- Ernstige beperkingen in het functioneren op ten minste twee gebieden, vastgesteld met de Sheenan Disability schaal (Leon e.a., 1997). Deze schaal meet de last die mensen van hun psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden hebben ervaren in hun meest ernstige periode op vier gebieden: huishouden; werk; vrienden; sociale contacten. Op elk gebied wordt de last die men van de aandoening had, gescoord op een schaal van 0 tot en met 10: geen last (0), milde last (1-3), matige last (4-6), ernstige last (7-9) en zeer ernstige last (10).

Iemand heeft een *matige* psychische aandoening indien hij of zij geen ernstige psychische aandoening heeft en aan ten minste één van de volgende criteria voldoet:

- Middelenafhankelijkheid zonder lichamelijk afhankelijkheidssyndroom;
- Ten minste matige beperkingen in het functioneren op ten minste één gebied, vastgesteld met de Sheenan Disability schaal.

Iemand heeft een *lichte* psychische aandoening indien hij of zij een aandoening heeft die niet aan bovenstaande criteria voldoet.

Ter validering van de hier geformuleerde ernstmaat van een psychische aandoening, is in aanvullende analyses onderzocht in welke mate de ernstmaat gerelateerd is aan een slechtere psychische gezondheid en aan meer verzuimdagen. Een slechtere psychische gezondheid werd bepaald met de gelijknamige schaal binnen de 'Short Form'-36, ook wel MHI-5 genoemd (SF-36: Stewart e.a., 1988; Ware & Sherbourne, 1992) en meet de aan- of afwezigheid van gevoelens van depressie en nervositeit in de afgelopen vier weken. Verzuimdagen werden bepaald met een vraag uit de 'WHO Disability Assessment Schedule' ('Hoeveel van de afgelopen 30 dagen was u totaal niet in staat om te werken of om uw normale bezigheden uit te voeren?') en werden omgerekend naar het totaal aantal verzuimdagen in de afgelopen 12 maanden bij werkenden. Tabel 2.1 laat zien dat mensen met een ernstige psychische aandoening gemiddeld 23 punten lager scoren op de schaal die psychische gezondheid meet en gemiddeld 20,2 meer verzuimdagen in een jaar rapporteren dan mensen zonder 12-maands psychische aandoening. Bij de groep met een matige psychische aandoening waren deze verschillen: gemiddeld 12,1 punten lager op de schaal die psychische gezondheid meet en gemiddeld 10,8 meer verzuimdagen in een jaar dan de referentiegroep. Dit betekent dat de gehanteerde

indeling naar ernst van de aandoening een bruikbare en valide maat is. Dit werd ook gevonden in andere studies (Kessler e.a., 2005a).

Tabel 2.1 Ernst van psychische aandoeningen naar ervaren psychische gezondheid in de algemene bevolking (n=6646) en naar aantal verzuimdagen in de afgelopen 12 maanden bij werkenden (n=4715), in gewogen gemiddelde additionele scores en standaardfouten (s.e.)[1]

	Psychische gezondheid n=6643		Direct verzuim n=4710	
	gemiddelde	(s.e.)	gemiddelde	(s.e.)
Totaal	83,6	(0,3)	12,9	(0,8)
Ernst psychische aandoening				
Ernstig	**-23,0**	(1,4)	**20,2**	(5,5)
Matig	**-12,1**	(1,1)	**10,8**	(3,4)
Licht	**-3,7**	(0,7)	1,5	(2,9)
Geen[2]	Ref.		Ref.	

De ervaren psychische gezondheidsschaal loopt van 0 (slecht) t/m 100 (goed). Een hogere score betekent dus een betere ervaren psychische gezondheid.

Ref. betekent referentie categorie.

Significante verschillen ten opzichte van de referentie categorie zijn in vet weergegeven.

1: Dit is de gemiddelde additionele score op de ervaren psychische gezondheidsschaal of de gemiddelde additionele verzuimduur in dagen. Gemiddelde additionele duur betekent de gemiddelde extra score of extra duur in verzuimdagen van de betreffende categorie ten opzichte van deze gemiddelde score of duur van de referentie categorie. Gemiddelde in 'vet' weergegeven betekent dat deze significant afwijkt van het gemiddelde van de referentie categorie.

2: Geen 12-maands psychische aandoening.

2.4 Meting van de aard en intensiteit van het zorggebruik

Zorggebruik werd voor 16 typen hulpverleners, instellingen of voorzieningen bepaald met de vraag: 'Heeft u in de afgelopen 12 maanden voor uzelf vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen, een bezoek gebracht aan…?' De hulpverleners of voorzieningen die werden nagevraagd, zijn gerubriceerd naar twee zorgsectoren:

- Algemene gezondheidszorg (AGZ): huisarts; bedrijfsarts of arbo-arts; maatschappelijk werker; instelling voor thuiszorg of wijkverpleging; fysiotherapeut of haptonoom; medisch specialist of andere hulpverlener werkzaam in de AGZ;
- Geestelijke gezondheidszorg (GGZ): psychiater, psycholoog of psychotherapeut; dagbehandeling of opname in een instelling voor GGZ, zoals een psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, of een instelling voor verslavingszorg.

Indien iemand in de afgelopen 12 maanden vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen één van deze hulpverleners of voorzieningen had bezocht, werd gevraagd hoe de ontvangen zorg eruit zag. Deze kon bestaan uit (een combinatie van) de volgende vormen van hulp:

- hulpverlenende gesprekken;
- medicatie;
- doorverwijzing;
- andersoortige hulp zoals praktische hulp (bv. gezinshulp geregeld), of andere handelingen (zoals acupunctuur, haptonomie en andere ingrepen dan medicijnen of hulpverlenende gesprekken).

Indien iemand hulpverlenende gesprekken had ontvangen, werd gevraagd naar het aantal gesprekken en de duur van een gemiddeld gesprek. Indien iemand medicatie voorgeschreven had gekregen vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen, werd gevraagd welk(e) medicijn(en) dit was/waren (uit een lijst van 300 namen), en hoe lang de persoon dit/deze al gebruikte.

Aan de hand van het aantal ontvangen hulpverlenende gesprekken en/of de duur van het voorgeschreven medicijngebruik zijn vier niveaus van minder tot meer intensieve zorg vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen gedefinieerd. Daarmee werd aangesloten bij eerdere studies. De vier niveaus zijn:

- Niveau 1: ≥2 gesprekken (ook gehanteerd in Kessler e.a., 2008; Wang e.a., 2005; 2007);
- Niveau 2: ≥4 gesprekken, of ≥0,5 maand medicatie én ≥2 gesprekken met een arts of GGZ-hulpverlener;
- Niveau 3: ≥8 gesprekken, of ≥1 maand medicatie én ≥4 gesprekken met een arts of GGZ-hulpverlener (ook gehanteerd in Shen e.a., 2006; Wang e.a., 2007);
- Niveau 4: ≥8 gesprekken van ten minste 30 minuten, of ≥1 maand juiste medicatie én ≥4 gesprekken met een arts of GGZ-hulpverlener (ook gehanteerd in Kessler e.a., 2003a).

Bij de meest intensieve vorm werd ook gekeken naar het type voorgeschreven medicijngebruik. Als adequate medicijnen bij de behandeling van psychische aandoeningen werden de volgende beschouwd (conform Wang e.a., 2005): antidepressiva voor depressie, dysthymie en angststoornissen; stemmingsstabilisatoren of antipsychotica voor bipolaire stoornis; anxiolityca voor angststoornissen; antagonisten of agonisten voor middelenstoornissen; benzodiazepinen of sedativa voor stemmings-, angst- en middelenstoornissen; middelen zoals ritalin, concerta, methylfenidaat, etc. voor behandeling van ADHD.

In enkele studies (Wang e.a., 2007) telde bij het bepalen van het niveau van zorg ook mee of een respondent in behandeling was ten tijde van het interview. Deze informatie ontbrak in NEMESIS-2.

2.5 Meting van andere kenmerken

Demografische kenmerken

De volgende demografische kenmerken zijn in de analyses voor dit rapport meegenomen:

- geslacht (vrouw, man);
- leeftijd (18 t/m 24, 25 t/m 34, 35 t/m 44, 45 t/m 54, 55 t/m 64 jaar);
- opleidingsniveau (lager onderwijs, lbo/mavo, mbo/havo/vwo, hbo/universiteit);
- woonsituatie (met partner, zonder partner);
- werksituatie (betaald werk, geen betaald werk);
- huishoudinkomen (laag, midden, hoog);
- urbanisatiegraad (platteland, stad).

Beperkingen in het functioneren

Om te onderzoeken in welke mate zorggebruikers last hebben van hun psychische gezondheid (paragraaf 3.3) zijn beperkingen in het functioneren bepaald met twee schalen uit de 'Short Form'-36 (Stewart e.a., 1988; Ware & Sherbourne, 1992). Deze zijn:

- Psychisch functioneren. Deze schaal meet problemen bij het werk of andere dagelijkse bezigheden in de afgelopen vier weken als gevolg van een emotioneel probleem. De schaal bestaat uit drie items met elk twee antwoordmogelijkheden, en is betrouwbaar (Cronbachs alfa=0,88).
- Sociaal functioneren. Deze schaal meet problemen in sociale activiteiten in de afgelopen vier weken als gevolg van lichamelijke of emotionele problemen. De schaal bestaat uit twee items met elk zes antwoordmogelijkheden, en is betrouwbaar (Cronbachs alfa=0,75).

De antwoorden op beide schalen werden getransformeerd naar een schaal, lopend van 0 (bijzonder slecht functioneren) tot en met 100 (uitstekend functioneren). De scores werden vervolgens gedichotomiseerd in 0 (100: geen beperkingen) en 1 (0 t/m 99: beperkingen).

2.6 Statistische analyses

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen zijn gangbare statistische analyses uitgevoerd, zoals het berekenen van percentages en gemiddelden, en het uitvoeren van regressieanalyses. Alle analyses zijn uitgevoerd op gewogen data, zodat we de resultaten kunnen vertalen naar de algemene bevolking. Alle analyses zijn uitgevoerd met het statistische pakket STATA versie 11.

Onderzoeksvraag 1 'Hoe vaak komen psychische aandoeningen voor in de afgelopen 12 maanden en hoe is daarbinnen de verdeling naar verschillende ernstgradaties?' is beantwoord met behulp van het berekenen van percentages (tabel 3.1). Binnen de afzonderlijke 12-maandsaandoeningen werden drie ernstgradaties onderscheiden: ernstig, matig en licht.

Onderzoeksvraag 2 'Wat zijn risico-indicatoren van het vóórkomen van enigerlei psychische aandoening en van een meer ernstige psychische aandoening bij mensen met een aandoening?' is beantwoord met behulp van regressieanalyses (tabel 3.2). Met behulp van logistische regressieanalyses is onderzocht of mensen met een bepaald kenmerk, bijvoorbeeld lager opgeleiden, meer of juist minder kans hebben op een psychische aandoening dan de referentiegroep (in dit voorbeeld: hoger opgeleiden). Risicogroepen zijn vastgesteld aan de hand van demografische kenmerken. In deze analyses is gecorrigeerd voor de invloed van geslacht en leeftijd, omdat deze kenmerken vaak samenhangen met het vóórkomen van psychische aandoeningen.

Met behulp van multinomiale regressieanalyses is onderzocht of mensen met een bepaald kenmerk, bijvoorbeeld lager opgeleiden, meer of juist minder kans hebben op een ernstige psychische aandoening dan op een lichte psychische aandoening vergeleken met de referentiegroep (hoger opgeleiden). Ook hier zijn risicogroepen vastgesteld aan de hand van demografische kenmerken en zijn de analyses gecorrigeerd voor de invloed van geslacht en leeftijd.

Bij *onderzoeksvraag 3 'In hoeverre is de ernst van een psychische aandoening gerelateerd aan zorggebruik vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen?'* is gerekend met behulp van percentages (tabel 3.3). In deze analyses werden naast de drie genoemde ernstgradaties nog twee gradaties onderscheiden. De mensen met een psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden, werden ingedeeld naar de ernst van hun aandoening: ernstig, matig of licht. De mensen zonder psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden, werden onderverdeeld in een groep die wel ooit een psychische aandoening heeft gehad en in een groep die nooit in het leven een psychische aandoening heeft gehad. Vervolgens werd gekeken hoeveel procent van deze groepen in de afgelopen 12 maanden zorg heeft gebruikt vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen. Daarbij werden twee typen zorggebruik onderscheiden: AGZ en GGZ.

Bij de beantwoording van onderzoeksvraag 3 is ook onderzocht hoeveel van deze zorggebruikers in te delen waren naar de verschillende ernstgradaties. Daarmee werd antwoord gekregen op bijvoorbeeld de vraag 'Hoeveel procent van de GGZ-gebruikers heeft een ernstige psychische aandoening?' (tabellen 3.4 en 3.5).

Onderzoeksvraag 4 'Wat zijn risico-indicatoren van zorggebruik vanwege psychische problemen of alcohol- of drugsproblemen?' is beantwoord met behulp van multinomiale regressieanalyses (tabel 3.6). In deze analyses is onderzocht of mensen met een bepaald kenmerk, bijvoorbeeld lager opgeleiden, meer of juist minder kans hebben op GGZ-gebruik dan op geen zorggebruik, vergeleken met de referentiegroep (in dit voorbeeld: hoger opgeleiden). Risicogroepen zijn vastgesteld aan de hand van demografische kenmerken, ernst van de psychische aandoening, type aandoening, en aanwezigheid van een chronische lichamelijke aandoening. In deze analyses is gecorrigeerd voor de invloed van geslacht en leeftijd, omdat deze kenmerken vaak samenhangen met het vóórkomen van psychische aandoeningen en het zoeken van hulp. Voor deze analyses zijn (conform Ten Have, 2004) op basis van het type zorggebruik drie elkaar uitsluitende groepen gemaakt: mensen die vanwege psychische problemen,

of alcohol- of drugsproblemen geen zorg hebben gebruikt, die uitsluitend AGZ hebben gebruikt, en die GGZ (al of niet met AGZ) hebben gebruikt.

Onderzoeksvraag 5 'In hoeverre verschilt de aard en intensiteit van de ontvangen zorg vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen naar de ernst van een psychische aandoening?' is berekend met behulp van percentages. Als eerste is gekeken naar de aard van de ontvangen zorg (gesprek, medicatie, verwijzing, anders) in het algemeen en hoe deze eruitzag voor zorggebruikers die verschilden in ernst van hun problematiek (tabel 3.7). Daarna is gekeken naar de intensiteit van de ontvangen zorg in het algemeen en hoe deze was voor zorggebruikers die verschilden in ernst van hun problematiek (tabel 3.8). Bij de beantwoording van onderzoeksvraag 5 werd eveneens uitgegaan van uitsluitende groepen: mensen die vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen uitsluitend AGZ hebben gebruikt, en die GGZ (al of niet met AGZ) hebben gebruikt.

Onderzoeksvraag 6 'Wat zijn risico-indicatoren van intensief GGZ-gebruik vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen?' is berekend met behulp van logistische regressieanalyses (tabel 3.9). Hiermee is onderzocht of mensen met een bepaald kenmerk, bijvoorbeeld een stemmingsstoornis, meer of juist minder kans hebben op de meest intensieve vorm van GGZ dan de referentiegroep (mensen zonder stemmingsstoornis). Dezelfde risicogroepen zijn vastgesteld als bij vraag 4 en ook hier is in deze analyses weer gecorrigeerd voor de invloed van geslacht en leeftijd, omdat deze kenmerken vaak samenhangen met het vóórkomen van psychische aandoeningen en het zoeken van hulp. Bij de beantwoording van onderzoeksvraag 6 is niet gekeken naar risico-indicatoren van intensief AGZ-gebruik vanwege psychische problemen, omdat intensieve zorg minder vaak wordt aangeboden in deze zorgsector, waardoor de aantallen voor analyse te klein waren om zinvolle uitspraken te kunnen doen.

In alle analyses is uitgegaan van tweezijdige toetsing, waarbij als significantieniveau $p \leq 0{,}05$ werd gehanteerd.

3 Resultaten

3.1 Hoe vaak komen psychische aandoeningen voor in de afgelopen 12 maanden en hoe is daarbinnen de verdeling naar verschillende ernstgradaties?

Tabel 3.1 laat zien dat bijna een op de vijf mensen enigerlei psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden heeft gehad. Angststoornis was de meest voorkomende hoofdgroep van 12-maands aandoeningen (10,1%), gevolgd door stemmingsstoornis (6,1%), middelenstoornis (5,6%) en ADHD (2,1%). De drie meest voorkomende afzonderlijke 12-maands aandoeningen waren depressieve stoornis (5,2%), specifieke fobie (5,0%) en alcoholmisbruik (3,7%).

Van de mensen met enigerlei psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden, hadden drie op de 10 een ernstige aandoening. Dit percentage lag hoger bij mensen met een stemmingsstoornis en ADHD, en lager bij mensen met een middelenstoornis. Zo hadden zes op de 10 mensen met een stemmingsstoornis en vier op de 10 mensen met ADHD in de afgelopen 12 maanden een ernstige aandoening tegenover een op de vier mensen met een middelenstoornis. De twee afzonderlijke 12-maandsaandoeningen die gepaard gaan met een lage ernst waren alcoholmisbruik en specifieke fobie. Slechts 13,2% van de mensen met alcoholmisbruik en 25,1% van de mensen met specifieke fobie had een ernstige psychische aandoening. Hierbij moet bedacht worden dat ook een bijkomende psychische aandoening dit beeld kan hebben bepaald. Zo wordt iemand met een lichte specifieke fobie en een ernstige depressie als een ernstige casus beschouwd. In tabel 3.1 komt deze casus terecht in de ernstigste groep van zowel de specifieke fobie als de depressieve stoornis.

Van alle mensen had 12,2% precies één psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden, 3,4% had er twee en 2,6% had er drie of meer. Hoe meer aandoeningen mensen hebben, hoe vaker ze een ernstige ervaren. Zo hadden vier op de 10 mensen met twee psychische aandoeningen en twee op de drie mensen met drie of meer aandoeningen in de afgelopen 12 maanden ten minste één ernstige psychische aandoening gehad.

Tabel 3.1 Vóórkomen van psychische aandoeningen in de afgelopen 12 maanden in de algemene bevolking (n=6646) naar ernst, in ongewogen aantallen en gewogen percentages en standaardfouten (s.e.)

	12-maands prevalentie			Ernst van de psychische aandoening					
				Ernstig		Matig		Licht	
	n	%	(s.e.)	%	(s.e.)	%	(s.e.)	%	(s.e.)
Stemmingsstoornis	410	6,1	(0,4)	59,8	(3,1)	33,4	(3,0)	6,8	(1,2)
Depressieve stoornis	361	5,2	(0,3)	58,5	(3,1)	34,1	(2,9)	7,4	(1,4)
Dysthymie	61	0,9	(0,1)	74,2	(6,9)	25,5	(6,9)	0,3	(0,3)
Bipolaire stoornis	45	0,8	(0,2)	67,7	(9,9)	28,8	(10,0)	3,5	(2,1)
Angststoornis	677	10,1	(0,5)	30,9	(2,3)	34,8	(2,4)	34,4	(2,3)
Paniekstoornis	84	1,2	(0,2)	39,0	(6,3)	33,1	(7,3)	27,9	(5,9)
Agorafobie	28	0,4	(0,1)	57,8	(10,5)	26,2	(9,0)	16,0	(8,3)
Sociale fobie	236	3,8	(0,3)	35,7	(3,8)	32,7	(3,9)	31,6	(3,6)
Specifieke fobie	348	5,0	(0,4)	25,1	(3,0)	38,0	(3,3)	36,9	(3,3)
Gegeneraliseerde angststoornis	118	1,7	(0,2)	52,7	(5,2)	34,9	(5,7)	12,4	(3,7)
Middelenstoornis	300	5,6	(0,5)	24,5	(2,9)	28,3	(3,4)	47,2	(3,4)
Alcoholmisbruik	190	3,7	(0,4)	13,2	(2,9)	21,8	(3,9)	64,9	(4,1)
Alcoholafhankelijkheid	36	0,7	(0,2)	53,9	(10,1)	46,1	(10,1)	0,0	(0,0)
Drugsmisbruik	50	0,9	(0,2)	32,7	(6,9)	36,4	(7,3)	30,9	(7,1)
Drugsafhankelijkheid	40	0,7	(0,2)	58,2	(11,0)	41,8	(11,0)	0,0	(0,0)
ADHD[1]	55	2,1	(0,4)	40,3	(10,6)	45,2	(10,5)	14,5	(8,7)
Enigerlei psychische aandoening[2]	1135	18,0	(0,7)	30,0	(1,7)	34,5	(1,7)	35,5	(1,9)
Aantal aandoeningen[3]									
1	766	12,2	(0,5)	18,7	(1,9)	32,4	(2,1)	47,9	(2,5)
2	214	3,4	(0,3)	41,1	(4,6)	43,9	(4,0)	14,7	(3,7)
3 of meer	161	2,6	(0,3)	67,4	(4,9)	30,4	(4,8)	2,2	(1,2)

De percentages ernstig, matig en licht tellen op tot 100%.

ADHD: Aandachtstekort stoornis met hyperactiviteit.

1: ADHD is alleen gemeten bij respondenten in de leeftijd van 18 t/m 44 jaar.

2: Bij enigerlei psychische aandoening is ADHD gecodeerd als afwezig bij de respondenten van 45 t/m 64 jaar bij wie deze aandoening niet is vastgesteld.

3: Om comorbiditeit te berekenen zijn de exclusiecriteria genegeerd. Daarom tellen deze aantallen niet op tot het aantal bij enigerlei psychische aandoening.

3.2 Wat zijn risico-indicatoren van het vóórkomen van enigerlei psychische aandoening en van een meer ernstige psychische aandoening bij mensen met een aandoening?

Uit tabel 3.2 kan worden opgemaakt welke groepen meer of minder kans hadden op enigerlei psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden, en op een matige en ernstige psychische aandoening dan op een lichte psychische aandoening vergeleken met de referentiegroep. Hieruit blijkt dat vrouwen evenveel kans hadden op een psychische aandoening dan mannen. De kans op een 12-maands psychische aandoening was ook niet gerelateerd aan urbanisatiegraad van de woonplaats. Dit betekent dat mensen woonachtig in een stad evenveel kans hadden op een psychische aandoening dan mensen woonachtig op het platteland. Uitgaande van de mensen met een psychische aandoening, was geslacht en urbanisatiegraad ook niet gerelateerd aan de kans op een meer ernstige psychische aandoening dan op een lichte psychische aandoening.

De kans op een psychische aandoening was wel gerelateerd aan de leeftijd van respondenten. Zo hadden volwassenen in de leeftijdscategorie 18 t/m 24 jaar een bijna drie keer zo hoge kans op een psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden dan volwassenen in de leeftijd van 55 t/m 64 jaar. Uitgaande van de mensen met een psychische aandoening, was leeftijd niet gerelateerd aan de kans op een meer ernstige psychische aandoening dan op een lichte psychische aandoening.

Mensen die alleen lager onderwijs hebben genoten hadden een bijna twee keer zo hoge kans op een psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden dan volwassenen die een hbo of universitaire opleiding hebben afgerond. Lager opgeleiden hadden niet alleen een verhoogde kans op een psychische aandoening, maar ook op een meer ernstige dan op een lichte psychische aandoening. Zo hadden mensen met alleen lager onderwijs een bijna drie keer zo hoge kans op een ernstige psychische aandoening als op een lichte psychische aandoening vergeleken met hoger opgeleiden.

Mensen woonachtig zonder partner hadden een ruim twee keer zo hoge kans op een psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden dan mensen met een partner, en een bijna twee keer zo hoge kans op een ernstige psychische aandoening dan op een lichte psychische aandoening vergeleken met mensen met een partner.

Mensen zonder betaald werk hadden een bijna twee keer zo hoge kans op een psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden dan mensen met betaald werk, en een ruim twee keer zo hoge kans op een ernstige psychische aandoening dan op een lichte psychische aandoening vergeleken met mensen met betaald werk.

Mensen met een laag huishoudinkomen hadden een ruim drie keer zo hoge kans op een psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden dan mensen met een hoog huishoudinkomen, en een vier keer zo hoge kans op zowel een ernstige psychische aandoening als een matige psychische aandoening dan op een lichte psychische aandoening vergeleken met mensen met een hoog huishoudinkomen.

Tabel 3.2 Vóórkomen en ernst van psychische aandoeningen in de afgelopen 12 maanden naar demografische kenmerken, in ongewogen aantallen, gewogen percentages en standaardfouten (s.e.), adjusted odds ratio's (OR) of relatieve risico ratio's (RRR) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI)

		Enigerlei psychische aandoening		
	n	%	(s.e.)	Adj. OR (95% BI)[1]
Geslacht				
Man	2975	17,7	(1,0)	1
Vrouw	3671	18,4	(1,0)	1,05 (0,87-1,27)
Leeftijd (in jaren)				
18-24	486	28,1	(2,9)	**2,76 (1,95-3,89)**
25-34	1125	19,5	(1,4)	**1,71 (1,31-2,23)**
35-44	1698	18,1	(1,3)	**1,56 (1,21-2,02)**
45-54	1588	16,1	(1,3)	**1,35 (1,04-1,76)**
55-64	1749	12,4	(1,0)	1
Opleiding				
Lager onderwijs	322	23,0	(3,1)	**1,85 (1,22-2,81)**
Lbo, mavo	1826	22,0	(1,5)	**1,55 (1,23-1,95)**
Mbo, havo, vwo	2145	17,2	(1,1)	1,17 (0,95-1,44)
Hbo, universiteit	2343	14,6	(1,0)	1
Woonsituatie				
Met partner	4510	13,7	(0,6)	1
Zonder partner	2136	26,9	(1,2)	**2,12 (1,82-2,47)**
Werksituatie				
Betaald werk	4956	16,4	(0,8)	1
Geen betaald werk	1690	23,3	(1,4)	**1,76 (1,40-2,21)**
Huishoudinkomen				
Laag	1542	29,0	(1,6)	**3,31 (2,69-4,07)**
Midden	2732	16,1	(0,8)	**1,61 (1,29-2,02)**
Hoog	1628	10,6	(0,9)	1
Urbanisatiegraad				
Platteland	2313	16,6	(1,0)	1
Stad	4333	18,7	(0,9)	1,11 (0,93-1,34)

De percentages ernstig, matig en licht tellen op tot 100%.

Significante OR en RRR zijn in vet weergegeven.

1: Gecontroleerd voor geslacht en leeftijd.

2: De referentiegroep bestaat uit respondenten met een lichte psychische aandoening.

Ernst van de psychische aandoening							
Ernstig			**Matig**			**Licht**	
%	(s.e.)	Adj. RRR (95% BI)[1,2]	%	(s.e.)	Adj. RRR (95% BI)[1,2]	%	(s.e.)
26,2	(2,7)	1	37,2	(3,1)	1	36,5	(3,0)
33,7	(2,7)	1,36 (0,87-2,14)	31,9	(2,4)	0,92 (0,60-1,41)	34,4	(2,7)
29,2	(5,3)	1,13 (0,58-2,21)	38,7	(6,2)	1,22 (0,60-2,49)	32,1	(4,8)
28,8	(3,8)	0,84 (0,47-1,50)	28,9	(3,7)	0,69 (0,39-1,22)	42,3	(4,4)
29,3	(2,9)	1,12 (0,65-1,94)	38,1	(3,6)	1,18 (0,67-2,08)	32,6	(3,3)
33,2	(3,1)	1,15 (0,66-2,01)	31,8	(3,7)	0,92 (0,53-1,62)	35,0	(3,6)
29,8	(3,9)	1	34,7	(4,1)	1	35,5	(4,1)
40,7	(8,3)	**2,77 (1,15-6,69)**	32,2	(6,5)	1,40 (0,65-3,03)	27,2	(7,1)
36,3	(3,7)	**2,72 (1,75-4,23)**	38,6	(4,2)	**1,75 (1,04-2,97)**	25,1	(3,0)
26,8	(2,8)	1,20 (0,79-1,83)	32,4	(3,2)	0,93 (0,61-1,42)	40,8	(3,2)
23,4	(2,1)	1	34,4	(2,9)	1	42,2	(3,4)
26,4	(2,2)	1	33,1	(2,5)	1	40,5	(2,6)
33,8	(2,3)	**1,97 (1,35-2,87)**	36,0	(2,6)	1,48 (0,98-2,24)	30,3	(2,4)
25,6	(2,4)	1	35,1	(2,1)	1	39,2	(2,5)
40,0	(4,0)	**2,33 (1,33-4,08)**	33,1	(3,4)	1,35 (0,88-2,08)	27,0	(3,5)
34,1	(2,8)	**4,06 (2,07-7,97)**	38,1	(2,9)	**3,89 (2,17-6,97)**	27,8	(2,9)
27,4	(2,6)	**1,98 (1,12-3,50)**	35,0	(2,7)	**2,57 (1,70-3,90)**	37,6	(2,6)
21,8	(4,1)	1	21,3	(3,0)	1	56,9	(4,6)
31,8	(3,8)	1	34,3	(3,4)	1	33,8	(3,0)
29,2	(1,8)	0,87 (0,57-1,32)	34,6	(2,0)	0,97 (0,67-1,39)	36,2	(2,3)

3.3 In hoeverre is de ernst van een psychische aandoening gerelateerd aan zorggebruik vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen?

Tabel 3.3 laat zien in hoeverre mensen gebruikmaken van zorgvoorzieningen vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen. 9,0% maakte gebruik van algemene gezondheidszorg (AGZ)-voorzieningen en 6,2% van geestelijke gezondheidszorg (GGZ)-voorzieningen in de afgelopen 12 maanden vanwege genoemde klachten. Naarmate mensen meer ernstige psychische klachten in de afgelopen 12 maanden hadden, maakten zij in diezelfde periode significant vaker gebruik van zorgvoorzieningen. Dat gold zowel voor AGZ als GGZ (beide p-waarden<0,0001). Zo maakte 51,9% van de mensen met een ernstige psychische aandoening gebruik van AGZ tegenover 10,8% van de mensen met een lichte psychische aandoening. Verder valt op dat slechts een minderheid van de mensen met een ernstige psychische aandoening (39,0%) voor hulp aanklopte bij de GGZ en dat ook mensen zonder psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden van GGZ gebruikmaakten; dit betrof slechts een gering percentage (<5% van de wel ooit- en van de nooit-groep), maar wel van een grote groep (zie tabel 3.3 voor een omvang van deze groep).

Tabel 3.3 Ernst van psychische aandoeningen naar zorggebruik vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden (n=6506), in ongewogen aantallen en gewogen percentages en standaardfouten (s.e.)

	Totaal			Ernst van de psychische aandoening									
				Ernstig		Matig		Licht		Geen[1]			
										Wel ooit		Nooit	
				n=335		n=360		n=414		n=1607		n=3790	
	n	%	(s.e.)	%	(s.e.)	%	(s.e.)	%	(s.e.)	%	(s.e.)	%	(s.e.)
Algemene gezondheidszorg	628	9,0	(0,4)	51,9	(3,8)	26,8	(2,5)	10,8	(1,6)	6,1	(0,7)	4,2	(0,4)
Geestelijke gezondheidszorg	431	6,2	(0,4)	39,0	(3,9)	16,7	(2,2)	9,0	(1,8)	4,9	(0,7)	2,2	(0,3)

1: Geen 12-maands psychische aandoening. Deze groep is onderverdeeld in de wel ooit groep (wel ooit een psychische aandoening gehad in de periode vóór de afgelopen 12 maanden) en de nooit groep (nooit in het leven een psychische aandoening gehad).

De totale groep mensen van wie bekend is of zij al of niet zorg hebben gebruikt in de afgelopen 12 maanden bestaat uit 6506 respondenten. Van 140 respondenten bij wie de verkorte vragenlijst is afgenomen is deze informatie niet bekend.

Gaan we nu uit van de gebruikers van AGZ- en GGZ-voorzieningen vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen (tabel 3.4) dan zien we dat van de AGZ-gebruikers 30,6% een ernstige psychische aandoening had en 43,5% (=16,7%+26,8%) geen psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden had. Binnen de GGZ zien

we wat meer ernstige gevallen: hier had 33,7% een ernstige psychische aandoening en 40,3% (=19,5%+20,8%) geen psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden.

Uit tabel 3.3 werd duidelijk dat naarmate mensen meer ernstige psychische klachten in de afgelopen 12 maanden hadden, zij in diezelfde periode vaker gebruikmaakten van zorgvoorzieningen. Uit tabel 3.4 komt een heel ander beeld naar voren, namelijk dat relatief veel zorggebruikers geen psychische aandoening hebben. Dat komt doordat de groep mensen zonder 12-maandsaandoening absoluut gezien veel omvangrijker is dan de groep met een 12-maands psychische aandoening (niet in tabel): 57,3% van de volwassen Nederlanders heeft nooit in het leven een psychische aandoening gehad; 24,7% heeft niet in de afgelopen 12 maanden, maar wel in de periode daarvoor een psychische aandoening gehad; en 18,0% heeft in de afgelopen 12 maanden een psychische aandoening gehad. Hierdoor komt het dat ondanks slechts 2,2% van de mensen zonder psychische aandoening ooit in het leven gebruikmaakte van GGZ (zie tabel 3.3), dit een relatief grote groep (20,8%; zie tabel 3.4) is van alle GGZ-gebruikers.

Tabel 3.4 Zorggebruik vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden naar ernst van psychische aandoeningen (AGZ: n=628; GGZ: n=431), in gewogen percentages en standaardfouten (s.e.)

			Ernst van de psychische aandoening									
			Ernstig		Matig		Licht		Geen[1]			
									Wel ooit		Nooit	
	%		%	(s.e.)	%	(s.e.)	%	(s.e.)	%	(s.e.)	%	(s.e.)
Algemene gezondheidszorg	100		30,6	(2,7)	18,1	(1,8)	7,7	(1,1)	16,7	(1,7)	26,8	(2,3)
Geestelijke gezondheidszorg	100		33,7	(2,8)	16,6	(2,3)	9,4	(1,7)	19,5	(2,4)	20,8	(2,4)

De percentages ernstig, matig, licht en geen tellen op tot 100%.

1: Geen 12-maands psychische aandoening. Deze groep is onderverdeeld in de wel ooit groep (wel ooit een psychische aandoening gehad in de periode vóór de afgelopen 12 maanden) en de nooit groep (nooit in het leven een psychische aandoening gehad).

De totale groep mensen van wie bekend is of zij al of niet zorg hebben gebruikt in de afgelopen 12 maanden bestaat uit 6506 respondenten. Van 140 respondenten bij wie de verkorte vragenlijst is afgenomen is deze informatie niet bekend.

Om te begrijpen waarom de groep mensen zonder 12-maandsaandoening in de GGZ zo omvangrijk is, hebben we als eerste gekeken wie ervan ooit eerder een psychische aandoening heeft gehad. Dat bleek bij bijna de helft zo te zijn (19,5/(19,5+20,8)*100= 48,4%). Daarna hebben we gekeken in hoeverre zij ten tijde van het interview psychische of sociale beperkingen in hun functioneren hebben ervaren (zie tabel 3.5 en paragraaf 2.5 voor een toelichting op de definitie van beperkingen in het functioneren). Ook die bleek ruim de helft te hebben (10,9/(10,9+8,4)*100= 56,5% van de wel ooit-groep en 11,9/(11,9+8,7)*100= 57,7% van de nooit-groep). Al met al heeft slechts 8,7%

van alle GGZ-gebruikers nooit eerder in het leven een psychische aandoening gehad én ook geen psychische of sociale beperkingen in het functioneren in de vier weken voorafgaand aan het interview ervaren. Dit percentage wordt nog kleiner indien we alle psychische aandoeningen uit de DSM-IV hadden vastgesteld en wellicht ook wanneer we de psychische en sociale beperkingen vlak vóór het eerste zorgcontact hadden bepaald in plaats van enkele weken voorafgaand aan het interview.

Tabel 3.5 Zorggebruik vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden bij mensen zonder 12-maands psychische aandoening naar eerdere psychische aandoeningen in het leven en psychische of sociale beperkingen in de afgelopen 4 weken (AGZ totaal: n=628; GGZ totaal: n=431), in gewogen percentages en standaardfouten (s.e.)

			Geen psychische aandoening[1]			
			Wel ooit		Nooit	
	%		%	(s.e.)	%	(s.e.)
Algemene gezondheidszorg	100		16,7	(1,7)	26,8	(2,3)
Psychische of sociale beperkingen	100		10,9	(1,5)	14,9	(1,8)
Geen psychische of sociale beperkingen	100		5,6	(1,1)	11,9	(1,6)
Geestelijke gezondheidszorg	100		19,5	(2,4)	20,8	(2,4)
Psychische of sociale beperkingen	100		10,9	(1,7)	11,9	(2,0)
Geen psychische of sociale beperkingen	100		8,4	(2,1)	8,7	(1,6)

1: Geen 12-maands psychische aandoening. Deze groep is onderverdeeld in de wel ooit groep (wel ooit een psychische aandoening gehad in de periode vóór de afgelopen 12 maanden) en de nooit groep (nooit in het leven een psychische aandoening gehad).

De totale groep mensen van wie bekend is of zij al of niet zorg hebben gebruikt in de afgelopen 12 maanden bestaat uit 6506 respondenten. Van 140 respondenten bij wie de verkorte vragenlijst is afgenomen is deze informatie niet bekend.

3.4 Wat zijn risico-indicatoren van zorggebruik vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen?

Tabel 3.6 laat zien welke groepen meer of minder kans hadden op zorgvoorzieningen vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden. Uit de eerste kolom met resultaten blijkt dat naast de ernst van de psychische aandoening, ook het type aandoening, de aanwezigheid van een chronische lichamelijke aandoening en demografische kenmerken bepalend zijn voor de kans om uitsluitend AGZ te gebruiken dan om geen zorg te gebruiken. Zo hadden mensen met een ernstige psychische aandoening een ruim 15 keer zo hoge kans om uitsluitend AGZ te gebruiken dan om geen zorg te gebruiken vergeleken met mensen zonder 12-maandsaandoening. Mensen met een stemmingsstoornis hadden een ruim 11 keer zo hoge kans om uitsluitend AGZ te gebruiken dan om geen zorg te gebruiken, vergeleken met mensen zonder

stemmingsstoornis. Bij mensen met een angststoornis was deze kans 3,94 keer zo hoog en bij mensen met een middelenstoornis 4,14 keer. Hierbij moet worden bedacht dat het zorggebruik betrekking had op psychische problemen in het algemeen en niet vanwege een specifieke aandoening. Daardoor kan het zijn dat een deel van de mensen met bijvoorbeeld een middelenstoornis die hulp zochten niet voor deze aandoening behandeling ontving, maar voor een bijkomende psychische aandoening, bijvoorbeeld een angstige stemming. Mensen met een chronische lichamelijke aandoening hadden een twee keer zo hoge kans om vanwege psychische problemen uitsluitend AGZ te gebruiken dan om geen zorg te gebruiken, vergeleken met mensen zonder chronische lichamelijke aandoening. Bij vrouwen was deze kans 1,50 keer zo hoog, bij mensen woonachtig zonder partner 2,31 keer en bij mensen met een laag huishoudinkomen 2,27 keer hoger. De kans op uitsluitend AGZ-gebruik was ook gerelateerd aan de leeftijd van respondenten. Zo hadden volwassenen in de leeftijd van 45 t/m 54 jaar een bijna twee keer zo hoge kans op uitsluitend AGZ-gebruik dan op geen zorggebruik vergeleken met volwassenen in de leeftijdscategorie 55 t/m 64 jaar.

Als we kijken welke groepen meer of minder kans hadden op GGZ dan op geen zorg, vergeleken met de betreffende referentiegroep (kolom 2 met resultaten), valt op dat nagenoeg dezelfde risico-indicatoren gerelateerd zijn aan GGZ-gebruik als aan uitsluitend AGZ. Ook hier hadden mensen met een ernstige psychische aandoening, mensen met een stemmings-, angst- of middelenstoornis, mensen met een chronische lichamelijke aandoening, vrouwen, volwassenen in de leeftijd tot 55 jaar, mensen woonachtig zonder partner, en mensen met een laag huishoudinkomen een verhoogde kans op GGZ-gebruik dan op geen zorggebruik. Een lage opleiding en geen betaald werk waren eveneens gerelateerd aan GGZ-gebruik. Mensen met alleen lager onderwijs hadden een bijna twee keer zo hoge kans op GGZ-gebruik dan op geen zorggebruik vergeleken met hbo'ers en universitair geschoolden. Bij mensen zonder betaald werk was deze kans 3,26 keer zo hoog.

Een belangrijke vraag is nu welke groepen meer kans hebben om GGZ te gebruiken dan om uitsluitend AGZ te gebruiken. Dat zien we bij zes groepen: mensen met een ernstige psychische aandoening, een stemmingsstoornis, een angststoornis, mensen woonachtig zonder partner, mensen zonder betaald werk en mensen met een laag huishoudinkomen (kolom 3 met resultaten). Al deze groepen hadden een verhoogde kans om uitsluitend AGZ (met uitzondering van degenen zonder betaald werk) en GGZ te gebruiken dan om geen zorg te gebruiken, én hun kans op GGZ-gebruik was ook significant hoger dan op uitsluitend AGZ-gebruik vergeleken met de betreffende referentiegroep. Anders gezegd: zij hebben meer kans om zorg te gebruiken en meer kans op doorstroming naar de GGZ.

In tabel 3.6 is niet gecontroleerd voor verschillen in het vóórkomen van een psychische aandoening en van een meer ernstige dan een lichte psychische aandoening. Dit betekent dat resultaten tussen groepen ook hierin hun oorsprong kunnen hebben.

Tabel 3.6 Risico-indicatoren van zorggebruik vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden (n=6506), in adjusted relatieve risico ratio's (RRR) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI)

	Uitsluitend AGZ versus geen zorg	GGZ versus geen zorg	GGZ versus uitsluitend AGZ
	Adj. RRR (95% BI)[1]	Adj. RRR (95% BI)[1]	p[1]=
Ernst psychische aandoening			
Ernstig	**15,54 (9,33-25,87)**	**30,58 (20,26-46,15)**	**0,01**
Matig	**5,92 (4,18-8,39)**	**7,85 (5,19-11,87)**	NS
Licht	**1,76 (1,12-2,76)**	**3,30 (2,07-5,25)**	NS
Geen[2]	1	1	
Type aandoening			
Stemmingsstoornis	**11,41 (8,28-15,71)**	**19,87 (14,27-27,65)**	**0,003**
Angststoornis	**3,94 (2,83-5,48)**	**6,91 (5,28-9,05)**	**0,004**
Middelenstoornis	**4,14 (2,77-6,18)**	**4,62 (2,91-7,35)**	NS
Somatische aandoening	**2,04 (1,54-2,70)**	**1,53 (1,18-1,98)**	NS
Vrouwelijk geslacht	**1,50 (1,15-1,94)**	**1,35 (1,04-1,76)**	NS
Leeftijd (in jaren)			
18-24	1,25 (0,78-1,98)	1,21 (0,65-2,27)	NS
25-34	1,34 (0,91-1,98)	**1,56 (1,07-2,26)**	NS
35-44	**1,65 (1,16-2,34)**	**1,52 (1,14-2,02)**	NS
45-54	**1,81 (1,26-2,61)**	**1,58 (1,14-2,20)**	NS
55-64	1	1	
Opleiding			
Lager onderwijs	1,52 (0,85-2,71)	**1,85 (1,08-3,18)**	NS
Lbo, mavo	1,06 (0,72-1,57)	0,98 (0,70-1,38)	NS
Mbo, havo, vwo	1,20 (0,87-1,68)	0,78 (0,57-1,06)	NS
Hbo, universiteit	1	1	
Woonachtig zonder partner	**2,31 (1,80-2,97)**	**3,77 (2,86-4,95)**	**0,005**
Geen betaald werk	1,45 (0,94-2,22)	**3,26 (2,44-4,37)**	**0,002**
Huishoudinkomen			
Laag	**2,27 (1,51-3,40)**	**4,01 (2,91-5,54)**	**0,03**
Midden	1,06 (0,75-1,51)	1,26 (0,89-1,78)	NS
Hoog	1	1	
Woonachtig in een stad	1,21 (0,90-1,63)	1,25 (0,93-1,69)	NS

AGZ: Algemene gezondheidszorg.

GGZ: Geestelijke gezondheidszorg.

Geen zorg betekent geen AGZ of GGZ gebruikt.

NS betekent niet significant.

Significante RRR en p-waarden zijn in vet weergegeven.

1: Gecontroleerd voor geslacht en leeftijd.

2: Geen 12-maands psychische aandoening.

3.5 In hoeverre verschilt de aard en intensiteit van de ontvangen zorg vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen naar de ernst van een psychische aandoening?

Tabel 3.7 laat zien dat van de mensen die in de afgelopen 12 maanden uitsluitend AGZ vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen hebben gebruikt, zeven op de 10 ten minste één hulpverlenend gesprek ontvingen en bijna drie op de 10 medicatie voorgeschreven hebben gekregen. Een op de vier van deze zorggebruikers kreeg een verwijzing naar een andere hulpverlener of voorziening binnen de AGZ of GGZ. Of deze zorggebruikers een gesprek krijgen aangeboden hangt niet significant samen met de ernst van de psychische aandoening (p=0,43); of zij medicatie krijgen wel (p=0,02). Zo kreeg 77,4% van de mensen met een ernstige psychische aandoening ten minste één hulpverlenend gesprek en kreeg 40,8% van hen medicatie tegenover respectievelijk 64,5% en 18,5% van de mensen zonder psychische aandoening ooit in het leven. Mensen met een matige psychische aandoening kregen wat minder vaak een gesprek en medicatie dan mensen met een lichte psychische aandoening. Dit kan op toeval berusten doordat deze groepen relatief klein zijn. Opvallend is ook dat binnen de groep mensen met een psychische aandoening de ernst van de aandoening er niet toe lijkt te doen voor wat betreft het voorschrijven van medicatie door hulpverleners in de AGZ. Dat betekent dat binnen de groep AGZ-gebruikers met een psychische aandoening een ongeveer gelijk percentage medicatie krijgt voorgeschreven ongeacht de ernst van hun aandoening, maar dat binnen de totale groep AGZ-gebruikers met en zonder een psychische aandoening het krijgen van medicatie wel significant samenhangt met de ernst van hun problematiek (zie tabel 3.7: kolom 'Medicatie' onder 'Uitsluitend algemene gezondheidszorg').

Als we kijken naar de mensen die in de afgelopen 12 maanden GGZ hebben gebruikt, dan zien we dat negen op de 10 ten minste één hulpverlenend gesprek ontvingen en bijna drie op de 10 medicatie voorgeschreven hebben gekregen. Slechts een op de 20 van de GGZ-gebruikers kreeg een verwijzing naar een andere hulpverlener of voorziening binnen de GGZ of een andere zorgsector. Of GGZ-gebruikers een gesprek krijgen aangeboden hangt niet significant samen met de ernst van de psychische aandoening (p=0,15); of zij medicatie krijgen wel (p<0,0001). Zo kreeg 90,6% van de mensen met een ernstige psychische aandoening ten minste één hulpverlenend gesprek en kreeg 49,4% van hen medicatie tegenover respectievelijk 88,7% en 11,6% van de mensen zonder psychische aandoening ooit in het leven. Binnen de groep mensen met een psychische aandoening is nu wel een duidelijke invloed te zien van de ernst van de problematiek op het voorschrijven van medicatie door hulpverleners in de GGZ.

Tabel 3.7 Een karakterisering van de ontvangen zorg vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden (n=748) naar ernst van de psychische aandoening, in gewogen percentages en standaardfouten (s.e.)

	Uitsluitend algemene gezondheidszorg								
		Gesprek n=215		Medicatie n=98		Verwijzing n=74		Anders n=112	
	n	%	(s.e.)	%	(s.e.)	%	(s.e.)	%	(s.e.)
Totaal	317	70,1	(3,1)	28,6	(2,9)	23,6	(3,0)	35,3	(3,6)
Ernst psychische aandoening									
Ernstig	62	77,4	(5,3)	40,8	(8,1)	31,1	(7,5)	28,8	(6,1)
Matig	53	73,6	(7,6)	34,1	(8,3)	27,5	(6,4)	32,0	(8,6)
Licht	22	76,1	(9,4)	46,7	(13,3)	32,0	(13,3)	30,5	(11,8)
Geen[2]									
Wel ooit	64	66,0	(6,4)	21,0	(5,1)	12,5	(3,9)	48,3	(7,0)
Nooit	116	64,5	(5,8)	18,5	(3,6)	21,2	(4,7)	35,1	(5,1)
p=		NS		**0,02**		NS		NS	

Mensen kunnen meerdere vormen van zorg krijgen. Daarom tellen de percentage respondenten die hulpverlenende gesprekken, medicatie, een doorverwijzing of iets anders hebben gekregen niet op tot 100%.
1: Als mensen psychiatrische dagbehandeling hebben gekregen of een klinische opname hebben gehad (n=42), is niet gevraagd of zij een verwijzing of andersoortige hulp hebben gekregen. De overgrote meerderheid van hen (n=40) kreeg ook andere geestelijke gezondheidszorg. Of deze andere zorg (ook) een verwijzing of andersoortige hulp betrof is bekend. Van de twee respondenten die uitsluitend psychiatrische dagbehandeling of een klinische opname in de afgelopen 12 maanden hebben gehad ontbreekt informatie over verwijzing of andersoortige hulp.

Tabel 3.8 laat zien in hoeverre mensen vier niveaus van minder tot meer intensieve zorg vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen ontvangen. Het eerste en laagste niveau bestaat uit ten minste twee hulpverlenende gesprekken. Het vierde en hoogste niveau bestaat uit ten minste acht hulpverlenende gesprekken van ten minste 30 minuten, of ten minste één maand adequaat medicijngebruik met ten minste vier hulpverlenende gesprekken met een arts of GGZ-hulpverlener.

Van de mensen die in de afgelopen 12 maanden uitsluitend AGZ vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen hebben gebruikt, kreeg de helft ten minste twee hulpverlenende gesprekken, een op de drie kreeg hulp van het tweede niveau, een op de zes kreeg hulp van het derde niveau, en een op de acht kreeg hulp van het vierde en hoogste niveau. De intensiteit van de ontvangen hulp was niet significant gerelateerd aan de ernst van de psychische aandoening binnen alle niveaus van zorg (niveau 1: p=0,10; niveau 2: p=0,25; niveau 3: p=0,43; niveau 4: p=0,48). Van de mensen met een ernstige psychische aandoening kreeg 64,3% zorg van niveau 1, 45,2% kreeg zorg van niveau 2, en 18,2% kreeg zorg van niveau 3 en niveau 4 tegenover respectievelijk

	Geestelijke gezondheidszorg								
		Gesprek n=391		Medicatie n=123		Verwijzing[1] n=21		Anders[1] n=52	
	n	%	(s.e.)	%	(s.e.)	%	(s.e.)	%	(s.e.)
	431	90,9	(1,8)	28,2	(2,9)	4,6	(1,4)	11,3	(1,5)
	141	90,6	(2,9)	49,4	(5,0)	5,0	(1,4)	10,5	(2,4)
	64	96,7	(2,0)	16,7	(5,2)	3,3	(2,1)	11,6	(4,9)
	43	80,4	(8,0)	19,5	(6,4)	2,9	(2,9)	26,5	(8,2)
	88	94,1	(2,0)	23,2	(4,6)	1,0	(0,9)	4,5	(2,0)
	95	88,7	(5,6)	11,6	(4,0)	9,0	(6,0)	12,1	(3,8)
		NS		**0,0001**		NS		**0,04**	

Andersoortige hulp omvat praktische hulp (zoals gezinshulp regelen, en met werkgever of woningbouwvereniging praten), en andere handelingen (zoals acupunctuur, haptonomie, handoplegging en andere ingrepen dan medicijnen geven of hulpverlenende gesprekken voeren).

2: Geen 12-maands psychische aandoening. Deze groep is onderverdeeld in de wel ooit groep (wel ooit een psychische aandoening gehad in de periode vóór de afgelopen 12 maanden) en de nooit groep (nooit in het leven een psychische aandoening gehad).

NS betekent niet significant.

Significante p-waarden zijn in vet weergegeven.

45,3%, 27,4%, 14,0% en 12,3% van de mensen zonder psychische aandoening ooit in het leven. Mensen met een matige psychische aandoening kregen minder vaak alle vier niveaus van zorg dan mensen die wel ooit maar niet in de afgelopen 12 maanden een psychische aandoening hebben gehad. De reden hiervan is onduidelijk, maar zou ook op toeval kunnen berusten, vanwege de kleine aantallen respondenten in deze groepen.

Niet verrassend ontvangen mensen in de GGZ meer intensieve zorg. Van de mensen die in de afgelopen 12 maanden GGZ hebben gebruikt, kregen acht op de 10 ten minste twee hulpverlenende gesprekken, ruim zeven op de 10 kregen hulp van het tweede niveau, en ruim de helft kreeg hulp van het derde en vierde niveau. De ernst van de psychische aandoening was niet significant gerelateerd aan hulp van het eerste niveau (p=0,13), maar wel aan hulp van het tweede niveau (p=0,02) en nog sterker aan hulp van het derde niveau (p=0,0003) en vierde niveau (p=0,0004). Uit tabel 3.8 blijkt dat mensen met een ernstige en een matige psychische aandoening wel vaker ten minste twee gesprekken kregen dan mensen met mildere psychische klachten, maar deze verschillen binnen dit eerste niveau van zorg waren zoals gezegd niet significant.

Tabel 3.8 Intensiteit van de ontvangen zorg vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden (n=748) naar ernst van de psychische aandoening, in gewogen percentages en standaardfouten (s.e.)

	Uitsluitend algemene gezondheidszorg							
	Niveau 1 n=163		Niveau 2 n=109		Niveau 3 n=53		Niveau 4 n=47	
	%	(s.e.)	%	(s.e.)	%	(s.e.)	%	(s.e.)
Totaal	51,6	(3,3)	33,7	(3,1)	15,6	(2,0)	13,0	(1,8)
Ernst van de psychische aandoening								
Ernstig	64,3	(5,9)	45,2	(8,5)	18,2	(5,0)	18,2	(5,0)
Matig	41,9	(7,7)	28,0	(6,4)	7,4	(3,6)	7,4	(3,6)
Licht	54,4	(12,2)	34,5	(12,7)	20,7	(11,9)	8,6	(6,1)
Geen[1]								
Wel ooit	55,3	(6,9)	36,2	(6,6)	20,8	(5,4)	14,4	(4,3)
Nooit	45,3	(5,3)	27,4	(4,3)	14,0	(3,3)	12,3	(3,2)
P=	NS		NS		NS		NS	

Niveau 1: ≥2 gesprekken.

Niveau 2: ≥4 gesprekken, of ≥0,5 maand medicatie én ≥2 gesprekken met een arts of GGZ-hulpverlener.

Niveau 3: ≥8 gesprekken, of ≥1 maand medicatie én ≥4 gesprekken met een arts of GGZ-hulpverlener.

Niveau 4: ≥8 gesprekken van tenminste 30 minuten, of ≥1 maand juiste medicatie én ≥4 gesprekken met een arts of GGZ-hulpverlener.

Blijkbaar krijgt iedereen in de GGZ ten minste twee gesprekken, ongeacht de ernst van de problematiek. Van de mensen met een ernstige psychische aandoening kreeg 80,6% zorg van niveau 2, 66,8% kreeg zorg van niveau 3 en 63,0% kreeg zorg van niveau 4 tegenover respectievelijk 62,0%, 33,8% en 29,3% van de mensen zonder psychische

Geestelijke gezondheidszorg							
Niveau 1 n=348		Niveau 2 n=318		Niveau 3 n=232		Niveau 4 n=218	
%	(s.e.)	%	(s.e.)	%	(s.e.)	%	(s.e.)
81,4	(2,1)	74,4	(2,2)	55,6	(2,9)	51,1	(3,1)
85,5	(3,3)	80,6	(3,4)	66,8	(4,7)	63,0	(5,2)
88,3	(4,2)	84,9	(4,8)	68,0	(6,7)	64,5	(6,9)
72,8	(8,5)	70,6	(8,7)	56,9	(9,1)	49,7	(9,4)
81,6	(4,4)	69,9	(5,1)	48,4	(6,9)	43,2	(7,3)
72,9	(6,0)	62,0	(6,1)	33,8	(5,5)	29,3	(5,4)
NS		**0,02**		**0,0003**		**0,0004**	

1: Geen 12-maands psychische aandoening. Deze groep is onderverdeeld in de wel ooit groep (wel ooit een psychische aandoening gehad in de periode vóór de afgelopen 12 maanden) en de nooit groep (nooit in het leven een psychische aandoening gehad).

NS betekent niet significant.

Significante p-waarden zijn in vet weergegeven.

aandoening ooit in het leven. Mensen met een matige psychische aandoening kregen het vaakst alle vier niveaus van zorg, vergeleken met de andere groepen. Dit zou op toeval kunnen berusten, vanwege de kleine aantallen respondenten in deze groep.

3.6 Wat zijn risico-indicatoren van intensief GGZ-gebruik vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen?

Tabel 3.9 laat zien welke GGZ-gebruikers meer of minder kans hadden op zorg van het vierde of hoogste niveau. Dit niveau bestond uit acht of meer gesprekken van ten minste 30 minuten, of een maand of langer adequaat medicatiegebruik en ten minste vier gesprekken. GGZ-gebruikers met een matige of ernstige psychische aandoening hadden een drie keer zo hoge kans op zorg van niveau 4 dan GGZ-gebruikers zonder 12-maandsaandoening. GGZ-gebruikers met een lichte psychische aandoening hadden evenveel kans op zorg van niveau 4 als GGZ-gebruikers zonder 12-maands psychische aandoening. GGZ-gebruikers met een stemmingsstoornis hadden een ruim 3,5 keer zo hoge kans op zorg van het hoogste niveau dan de GGZ-gebruikers zonder stemmingsstoornis. Bij GGZ-gebruikers met een angststoornis was deze kans 2,12 keer zo hoog. De kans op GGZ van het hoogste niveau was niet gerelateerd aan de aanwezigheid van een middelenstoornis of een chronische lichamelijke aandoening, en hing ook niet samen met demografische kenmerken. Dit betekent dat niet-klinische kenmerken zoals geslacht en leeftijd niet van invloed waren of men al of niet zorg van niveau 4 ontving.

Tabel 3.9 Risico-indicatoren van intensief GGZ gebruik vanwege psychische problemen, of alcohol- of drugsproblemen in de afgelopen 12 maanden (n=431), in adjusted odds ratio's (OR) en 95% betrouwbaarheidsintervallen (BI)

	Geestelijke gezondheidszorg: niveau 4 versus de rest[1]
	Adj. OR (95% BI)[2]
Ernst psychische aandoening	
Ernstig	**3,02 (1,75-5,18)**
Matig	**3,02 (1,57-5,81)**
Licht	1,74 (0,82-3,71)
Geen[3]	1
Type aandoening	
Stemmingsstoornis	**3,74 (2,28-6,15)**
Angststoornis	**2,12 (1,32-3,40)**
Middelenstoornis	0,64 (0,32-1,29)
Somatische aandoening	1,50 (0,97-2,32)
Vrouwelijk geslacht	0,92 (0,60-1,40)
Leeftijd (in jaren)	
18-24	2,36 (0,67-8,29)
25-34	1,65 (0,83-3,30)
35-44	1,21 (0,63-2,34)
45-54	1,34 (0,70-2,55)
55-64	1
Opleiding	
Lager onderwijs	1,01 (0,40-2,52)
Lbo, mavo	0,72 (0,38-1,36)
Mbo, havo, vwo	1,28 (0,77-2,12)
Hbo, universiteit	1
Woonachtig zonder partner	1,33 (0,86-2,07)
Geen betaald werk	1,30 (0,81-2,11)
Huishoudinkomen	
Laag	1,06 (0,53-2,09)
Midden	0,85 (0,44-1,63)
Hoog	1
Woonachtig in een stad	1,28 (0,69-2,37)

1: Zie voor een toelichting op de niveaus tabel 3.8.

2: Adj. OR betekent OR gecontroleerd voor geslacht en leeftijd.

3: Geen 12-maands psychische aandoening.

Significante OR zijn in vet weergegeven.

4 Discussie

4.1 Kracht en beperkingen van de studie

Kracht

Het sterke punt van de in dit rapport gepresenteerde studie is dat er op basis van actuele en representatieve gegevens zicht wordt verkregen op de relatie tussen ernst van een psychische aandoening en de aard en intensiteit van zorggebruik in Nederland. Er is gebruikgemaakt van gegevens uit NEMESIS-2, de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. Dit is een representatief onderzoek bij volwassenen in de algemene bevolking naar psychische problematiek, waarin ook vragen over het zorggebruik voor deze problemen zijn gesteld. Het onderscheidt zich van veel andere bevolkingsstudies doordat volwassenen worden gevolgd en verschillende keren worden geïnterviewd. Voor dit rapport hebben we gebruikgemaakt van gegevens van de eerste meting van NEMESIS-2 (november 2007 – juli 2009). Belangrijk voordeel van dit onderzoek is dat gebruik is gemaakt van de meest recente CIDI-versie, waardoor de ernst van psychische aandoeningen kon worden vastgesteld, hetgeen met de CIDI-versie die in NEMESIS-1 is gebruikt niet mogelijk was. Een ander voordeel van de meest recente CIDI-versie is dat psychische aandoeningen volgens DSM-IV-criteria zijn vastgesteld. Daarnaast maakt bevolkingsonderzoek mogelijk om het gebruik van diverse zorgvoorzieningen in de AGZ en GGZ vanwege psychische problemen in kaart te brengen, hetgeen met registratieonderzoek vaak niet mogelijk is.

Beperkingen

Representativiteit

Ondanks dat de steekproef van NEMESIS-2 in grote lijnen representatief is voor de Nederlandse volwassen bevolking (De Graaf e.a., 2010), waren enkele bevolkingsgroepen ondervertegenwoordigd: volwassenen die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn, personen die langdurig in instellingen verblijven, en dak- en thuislozen. Het is echter waarschijnlijk dat hun ondervertegenwoordiging de resultaten nauwelijks heeft beïnvloed, omdat deze groepen in omvang relatief klein zijn (Gabilondo e.a., 2011).

Zelfrapportage

Zelfrapportage is gebruikelijk in bevolkingsonderzoek. Registraties of medische dossiers zijn vaak niet voorhanden, en ook deze zijn niet zonder problemen. Bovendien worden psychische aandoeningen die niet geresulteerd hebben in een zorgcontact niet in registraties vastgelegd. Om daarover een goed beeld te krijgen is grootschalig bevolkingsonderzoek nodig. Aan zelfrapportage kleeft echter een aantal bezwaren. Over het algemeen herinneren mensen zich vooral ernstige problemen, langer durende behandelingen en recente gebeurtenissen beter dan gebeurtenissen die minder erg waren, korter duurden

en langer geleden plaatsvonden. Hiermee is rekening gehouden bij het bepalen van de ernst van de psychische aandoening en het zorggebruik. Zo is de ernst van de psychische aandoening vastgesteld aan de hand van de last die mensen hiervan ondervonden in hun meest ernstige periode in de afgelopen 12 maanden en had het zorggebruik betrekking op de 12 maanden voorafgaand aan het interview en niet over een langere periode. Toch zou er nog steeds sprake kunnen zijn van herinneringsfouten (recall bias) en rapportagefouten (report bias).

Zo is het denkbaar dat mensen die geen zorg voor hun psychische aandoening hebben gezocht meer geneigd zijn hun psychische klachten te vergeten of normaal te vinden dan mensen die wel voor hun psychische aandoening zorg hebben gebruikt (Wang e.a., 2004; 2007). Of en in welke mate dit in deze studie is gebeurd, is niet bekend. Van belang is echter om op te merken dat indien dit heeft plaatsgevonden, het heeft geresulteerd in een overschatting van de mate waarin zorg is gebruikt (Wang e.a., 2004; 2007).

Daarnaast is het goed mogelijk dat mensen wel goed hebben gerapporteerd dat zij psychische aandoeningen en zorggebruik hebben gehad, maar dat zij minder precies de ernst die zij ervan hebben ondervonden, alsook de aard en intensiteit van de ontvangen zorg hebben gerapporteerd. In welke mate dit ook daadwerkelijk is gebeurd, is niet bekend. Minder precieze metingen resulteren doorgaans in een onderschatting van de gevonden relaties. Dit betekent dat de gevonden verbanden in werkelijkheid mogelijk iets sterker zijn.

Meting van psychische stoornissen

In NEMESIS-2 zijn de meest voorkomende As-I psychische aandoeningen vastgesteld. Persoonlijkheidsstoornissen zijn niet bepaald, met uitzondering van antisociale persoonlijkheidsstoornis. Dit betekent dat het percentage zorggebruikers zonder 12-maands psychische aandoening in werkelijkheid mogelijk iets lager is.

In dit rapport is uitgegaan van de aan- of afwezigheid van een psychische aandoening. Duidelijk werd dat mensen met subklinische klachten, dus bij wie de psychische problemen niet ernstig genoeg waren om te spreken van een psychische stoornis volgens standaard psychiatrische criteria, ook zorg ontvangen. Bij hen hebben we gekeken naar de aanwezigheid van psychische of sociale beperkingen in de vier weken voorafgaand aan het interview. Het is denkbaar dat als we deze beperkingen hadden vastgesteld op het moment dat zij contact zochten met de AGZ of GGZ, zij er slechter aan toe zouden zijn geweest dan zij ten tijde van het interview hadden aangegeven.

Meting van zorggebruik

Met onze definitie van zorggebruik sloten we aan bij internationale literatuur (Wang e.a., 2007). In de definitie van GGZ-gebruik zit ook het bezoek aan eerstelijnspsychologen. Het gebruik van deze beroepsgroep kon niet apart worden bekeken. Dat betekent dat het AGZ-gebruik vooral betrekking heeft op huisartsenzorg, omdat mensen vanwege psychische problemen vooral bij de huisarts voor hulp aankloppen en minder vaak bij andere hulpverleners werkzaam in de AGZ.

Meting van niveaus van zorg
In dit rapport zijn vier niveaus met oplopende intensiteit van zorg gedefinieerd. Daarbij sloten we aan bij eerder internationaal onderzoek op dit gebied. In de literatuur worden deze niveaus van zorg vertaald in termen van verschillende maten van minimale adequate zorg, omdat met de definities werd aangesloten bij wat in de (destijds) geldende richtlijnen werd omgeschreven als adequate zorg. De Nederlandse richtlijnen kunnen hier evenwel van afwijken. Bovendien kan in bevolkingsonderzoek wellicht niet het niveau van detaillering worden gehanteerd dat nodig is om harde uitspraken te kunnen doen over in welke mate in de Nederlandse GGZ zorg conform de huidige richtlijnen gegeven wordt. Wat onder minimaal adequate zorg moet worden verstaan is echter enigszins arbitrair. Zo onderzochten ook Smolders en collega's (2009) de psychische zorg verleend door Nederlandse huisartsen aan de hand van het aantal gesprekken en het medicatiegebruik, maar hanteerden zij soms strengere criteria, maar vaker soepelere criteria dan in het huidige hoofdstuk. Ondanks deze kanttekeningen toont dit rapport duidelijk aan welke niveaus van zorg worden geboden aan patiënten met een ernstige en een milde psychische aandoening in zowel de GGZ als de AGZ.

4.2 Belangrijkste resultaten

Drie op de 10 mensen met een psychische aandoening hebben een ernstige aandoening
Van de mensen met enigerlei psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden hadden drie op de 10 een ernstige psychische aandoening. Dit percentage ligt hoger dan dat in een eerder Nederlands en West-Europees onderzoek uitgevoerd in het kader van de wereldwijde bevolkingsstudie World Health Organization World Mental Health Surveys (WMHS; Nederland: 15,5%; West-Europa: variërend van 10,9% in Spanje tot 20% in België), en is vergelijkbaar met dat in de National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) (29,3%), uitgevoerd in de Verenigde Staten (Demyttenaere e.a., 2004). Hierbij moet wel worden bedacht dat in het eerdere Nederlandse en West-Europese onderzoek er informatie ontbrak over de ernst van depressies en van enkele andere belangrijke aandoeningen, hetgeen een verklaring is voor het lagere percentage ernstige gevallen in deze studies.

Uit gegevens van de WMHS, waar het eerdere Nederlandse onderzoek deel van uitmaakte, alsook de NCS-R, blijkt dat de genoemde variatie in het percentage ernstige gevallen tussen landen niet samenhing met regio (Amerika, Europa, Midden-Oosten en Afrika, Azië) of ontwikkelingsniveau van een land, maar wel met het vóórkomen van psychische aandoeningen in een land: hoe vaker psychische aandoeningen voorkomen, hoe hoger het aandeel ernstige aandoeningen van het totaal (Demyttenaere e.a., 2004). De auteurs merkten echter op dat lage prevalentieschattingen ook samen kunnen hangen met een onderrapportage van problemen in bepaalde minder ontwikkelde landen. Een hogere prevalentie van aandoeningen in NEMESIS-2 lijkt echter geen verklaring voor een hoger percentage ernstige gevallen dan in eerder Nederlands en

West-Europees onderzoek. De verklaring moet zoals gezegd eerder worden gezocht in verschillen in de onderzoeksopzet.

Uit dit rapport blijkt dat het percentage ernstige aandoeningen hoger lag bij mensen met een stemmingsstoornis en ADHD, en het laagst was bij mensen met een middelenstoornis. Uit de NCS-R-bevindingen blijkt dat in de Verenigde Staten stemmingsstoornissen en ADHD ook vaker dan angststoornissen gepaard gaan met ernstige problemen (Kessler e.a., 2005a). Het percentage ernstige aandoeningen was in de NCS-R echter hoger bij mensen met een middelenstoornis dan met een angststoornis, terwijl dat in NEMESIS-2 en de Australische studie binnen de WMHS (Slade e.a., 2009) andersom was. Hoogstwaarschijnlijk zijn verschillen in steekproefsamenstelling hiervoor verantwoordelijk. Er is namelijk geen reden om aan te nemen dat Nederlanders minder last van een alcoholstoornis hebben dan Amerikanen of dat in Nederland overmatig alcoholgebruik minder vaak gepaard gaat met bijkomende en vooral ernstige psychische aandoeningen.

Lager opgeleiden hebben meer kans op een ernstige dan op een lichte psychische aandoening vergeleken met hoger opgeleiden

Uit dit rapport blijkt dat vier bevolkingsgroepen niet alleen een verhoogde kans hadden op een psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden, maar ook op een meer ernstige dan op een lichte psychische aandoening. Dat gold voor lager opgeleiden, mensen woonachtig zonder partner, mensen zonder betaald werk en mensen met een laag huishoudinkomen. Dit is in overeenstemming met de NCS-R-bevindingen in de Verenigde Staten waaruit bleek dat nooit gehuwden, mensen zonder werk en mensen met een laag inkomen een verhoogde kans hadden op een meer ernstige depressieve stoornis dan op een matige of lichte depressie in de afgelopen 12 maanden (Kessler e.a., 2003a). Dat gold ook voor lager opgeleiden, maar hun verhoogde kans was niet significant verschillend van hoger opgeleiden. Het kan zijn dat als in de studie van Kessler (2003a) een andere vergelijkingsgroep (ernstig versus licht) was gekozen of de ernst van alle psychische aandoeningen was bepaald (in plaats van alleen depressie) er wel een significant verschil naar opleiding was gevonden, zoals in dit hoofdstuk.

Vier op de 10 mensen met een ernstige psychische aandoening maken gebruik van GGZ

Over de mate waarin mensen hulp zoeken voor hun psychische problemen is al een en ander bekend. Zo weten we uit een eerdere publicatie op basis van NEMESIS-2-gegevens dat van de mensen met een psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden een derde gebruikmaakte van enigerlei zorg voor hun problemen (De Graaf e.a., 2010). Deze zorg omvatte zowel GGZ als AGZ en informele zorg vanwege psychische problemen. Uit dit rapport blijkt dat naarmate mensen in de afgelopen 12 maanden meer ernstige psychische problemen hadden, zij in diezelfde periode vaker gebruikmaakten van zorgvoorzieningen. Dat gold zowel voor AGZ als GGZ. Toch maakten slechts vier op de 10 mensen met een ernstige psychische aandoening gebruik van GGZ en de helft van AGZ.

Aanvullende analyses in NEMESIS-2, waar zorg zowel AGZ als GGZ omvatte, laten

zien dat 58,7% van de ernstige gevallen van zorgvoorzieningen gebruikmaakte. Een vergelijking met de eerdere Nederlandse studie binnen de WMHS laat zien dat het beeld er nu iets beter lijkt uit te zien dan zo'n vijf jaar geleden: in 2001-2003 kwam in Nederland 50,2% van de ernstige gevallen in zorg (Demyttenaere e.a., 2004). Anders gezegd: in 2007-2009 ontvingen in Nederland vier op de 10 ernstige gevallen geen gezondheidszorg. Dit percentage is vergelijkbaar en ligt nu aan de lage kant met dat in de WMHS voor ontwikkelde landen, hetgeen varieerde tussen 35,5% (Spanje) en 50,3% (Duitsland) waarbij in 2001-2003 Nederland met 49,8% aan de hoge kant zat (Demyttenaere e.a., 2004).

Er is een aantal mogelijke redenen waarom relatief veel mensen met een ernstige psychische aandoening geen gebruikmaken van GGZ:

- Zij zoeken zelf geen hulp.
- Zij kunnen in het verleden wel hulp hebben gezocht en gekregen, maar dat hielp niet echt waardoor zij niet nog eens hulp zoeken bij nieuwe of oude problemen.
- De problematiek is door de huisarts niet als zodanig ernstig herkend waardoor een verwijzing naar de GGZ uitbleef.
- Zij hebben zich wel voor hulp aangemeld bij de GGZ, maar worden (nog) niet behandeld.
- Meetfouten of misclassificatie bij het bepalen van de ernst van psychische aandoeningen en het zorggebruik kunnen ook het beeld enigszins hebben bepaald.

Met name de eerste drie verklaringen zouden erop wijzen dat de principes van stepped care (het bieden van niet minder zorg dan nodig, maar niet meer dan noodzakelijk) en matched care (zorg die erop gericht is de patiënt zo snel mogelijk op de meest geëigende plaats te behandelen) nog niet optimaal werken.

Vier op de 10 GGZ-gebruikers hebben geen recente psychische aandoening, maar wel psychische of sociale beperkingen in het functioneren

Als we uitgaan van de GGZ-gebruikers dan valt op dat vier op de 10 geen recente ofwel 12-maands psychische aandoening hadden. Dit percentage is vergelijkbaar met zo'n vijf jaar geleden in Nederland (40%) en met andere West-Europese landen in de WMHS, hetgeen varieerde tussen 36% (Spanje) en 50% (België), en ligt hoger dan dat in de VS met 29,1% (Wang e.a., 2007). Op basis van gegevens van het eerste NEMESIS-onderzoek (NEMESIS-1) bleek dat in 1997 ook relatief veel GGZ-gebruikers geen recente psychische aandoening hadden (29,8%) (Ten Have e.a., 2009). Dit percentage kan niet zonder meer vergeleken worden met het percentage van 40% dat nu gevonden is op basis van de recente NEMESIS-2-gegevens. Hiervoor zijn de verschillen tussen beide analyses te groot (in 1997 is op basis van NEMESIS-1 uitgegaan van een andere set DSM-III-R-aandoeningen bepaald op de tweede meting; in dit rapport is op basis van NEMESIS-2 uitgegaan van DSM-IV-aandoeningen bepaald op de eerste meting). Wel kan worden geconcludeerd dat relatief veel GGZ-gebruikers subklinische problemen hebben, dit beeld in Nederland niet is veranderd in de afgelopen jaren en het ook te zien is in andere Westerse landen.

Een belangrijke verklaring voor de bevinding dat relatief veel GGZ-gebruikers geen recente psychische aandoening hebben, is dat de groep mensen zonder 12-maands psychische aandoening in de bevolking zeer omvangrijk is en dat ook als maar een paar procent hiervan in de GGZ terechtkomt, zoals uit dit rapport blijkt, dit uiteindelijk een relatief grote groep omvat van alle GGZ-gebruikers. Aanvullende analyses in NEMESIS-2, waar zorg zowel AGZ als GGZ omvatte, laten bijvoorbeeld zien dat 6% van degenen zonder 12-maands psychische aandoening van deze zorgvoorzieningen gebruik heeft gemaakt. Dit percentage is vergelijkbaar met dat van zo'n vijf jaar geleden in Nederland (6,9%) en met dat in andere ontwikkelde landen in de WMHS, hetgeen varieerde tussen 2,4% (Italië) en 8,1% (VS) (Demyttenaere e.a., 2004).

Verder is het zo dat in NEMESIS-2, maar ook in de WMHS, niet alle psychische aandoeningen zijn vastgesteld, waardoor het percentage GGZ-gebruikers zonder recente psychische aandoening in werkelijkheid lager zal liggen. Daarnaast hebben deze GGZ-gebruikers vaak eerder, niet in de afgelopen 12 maanden, maar wel in de periode daarvoor, een psychische aandoening gehad. Behandeling kan erin hebben geresulteerd dat zij geen recente psychische aandoening meer hebben of zij kunnen vanwege terugkerende of nieuwe symptomen die nog niet voldeden aan de criteria van een psychische aandoening opnieuw hulp hebben gezocht.

Aanwijzingen dat deze GGZ-gebruikers niet voor niets professionele hulp hebben gezocht, blijkt uit de psychische of sociale beperkingen die zij hadden ten tijde van het interview. Al met al had slechts 8,7%, dat is ongeveer een op de 12, van alle GGZ-gebruikers nooit eerder in het leven een psychische aandoening gehad én geen psychische of sociale beperkingen in de vier weken voorafgaand aan het interview ervaren. Dit percentage komt overeen met dat wat eerder in NEMESIS-1 werd gevonden voor 1997 (Ten Have e.a., 2009: 5,7%), rekening houdend met verschillen in opzet en methoden van onderzoek tussen beide studies. Een vergelijking met buitenlandse studies is op dit punt niet mogelijk, omdat het percentage zorggebruikers zonder psychische aandoening ooit in het leven en zonder recente psychische of sociale beperkingen niet eerder in de aan de WMHS deelnemende studies is onderzocht.

Mogelijke redenen waarom relatief veel GGZ-gebruikers geen psychische aandoening hebben, zijn:

- Huisartsen verwijzen relatief veel personen met milde psychische problemen door naar de tweedelijns-GGZ (Verhaak e.a., 2012).
- GGZ betreft in dit rapport niet alleen tweedelijns-GGZ, maar omvat ook eerstelijnspsychologen en juist deze beroepsgroep ziet relatief veel mensen met milde psychische problemen.
- Personen zijn door de eerder geboden zorg opgeknapt en voldoen nu niet meer aan de criteria van een psychische aandoening.
- In NEMESIS-2 zijn niet alle psychische aandoeningen gemeten, waardoor zij in werkelijkheid wel een andere (niet gemeten) psychische aandoening kunnen hebben, zoals een persoonlijkheidsstoornis.

Met name de eerstgenoemde verklaring – teveel verwijzing van lichte gevallen naar

de tweede lijn – zou erop wijzen dat de stepped care en matched care principes nog niet optimaal werken: in principe zouden milde psychische problemen goed behandeld moeten kunnen worden in de eerstelijns-GGZ. Het is echter onduidelijk in welke mate deze verklaring van kracht is.

Ernst en type psychische aandoening zijn gerelateerd aan een verhoogde kans op zorggebruik en doorstroming naar de GGZ

Mensen met een ernstige psychische aandoening hadden een beduidend hogere kans om zowel GGZ als uitsluitend AGZ vanwege psychische problemen te gebruiken dan om geen zorg te gebruiken vergeleken met mensen zonder 12-maandsaandoening. Dat gold ook voor mensen met een stemmingsstoornis, angststoornis of een middelenstoornis. Daarnaast hadden mensen met een ernstige psychische aandoening ook een hogere kans op GGZ dan op uitsluitend AGZ vanwege psychische problemen. Dat betekent dat zij meer kans hadden op doorstroming naar de GGZ. Dat gold ook voor mensen met een stemmings- of angststoornis. In de WMHS werd eveneens gevonden dat in de meeste landen de ernst van de psychische aandoening gerelateerd was aan een verhoogde kans op GGZ, maar een beschrijving van deze resultaten bleef achterwege waardoor onduidelijk blijft voor welke landen dit in welke mate gold en of het ook betrekking had op een verhoogde kans op doorstroming naar de GGZ (Demyttenaere e.a., 2004).

Lagere opgeleiden hebben meer kans op GGZ, en dat komt omdat zij vaker (meer ernstige) psychische aandoeningen hebben dan hoger opgeleiden

Mensen met alleen lager onderwijs hadden een verhoogde kans op GGZ dan op geen zorg vergeleken met hbo'ers en universitair geschoolden. Aanvullende analyses in NEMESIS-2 wijzen uit dat deze verhoogde kans van lager opgeleiden op GGZ-gebruik werd veroorzaakt doordat zij vaker een psychische aandoening hadden en vaker een meer ernstige dan een lichte psychische aandoening hadden dan hoger opgeleiden.

Mensen zonder partner, zonder werk of met een laag huishoudinkomen hebben een verhoogde kans op zorggebruik en doorstroming naar de GGZ, maar eenmaal in GGZ dan hebben zij evenveel kans op intensieve behandeling

Mensen woonachtig zonder partner en volwassenen zonder betaald werk hadden een verhoogde kans op (doorstroming naar de) GGZ en dat werd, zoals bleek uit aanvullende analyses, *niet* verklaard doordat deze groepen meer kans hadden op een psychische aandoening of op een meer ernstige dan een lichte psychische aandoening. Waarom beide groepen vaker in de GGZ terechtkomen is niet duidelijk. Mensen woonachtig zonder partner ervaren mogelijkerwijs minder sociale steun waardoor zij bij psychische problemen sneller de hulp inroepen van een professional zowel in de AGZ als in de GGZ (Ten Have, 2004) of zij komen vaker in zorg door relatieproblemen (Wang e.a., 2007). Mensen zonder betaald werk hebben misschien meer tijd om de doorgaans langer durende behandeling in de GGZ dan in de AGZ voor psychische problemen te ondergaan dan mensen met een betaalde baan of zij zien hier meer het belang van in.

Mensen met een laag huishoudinkomen hadden ook een verhoogde kans op (doorstroming naar de) GGZ en dat wordt wel verklaard doordat zij meer kans hadden op een (meer ernstige) psychische aandoening en zij vaker zonder partner woonachtig waren dan mensen met hogere inkomens (aanvullende NEMESIS-2-analyses).

Eenmaal in de GGZ bleken mensen zonder partner, zonder werk of met een laag huishoudinkomen evenveel kans te hebben op intensieve zorg (niveau 4: ten minste acht gesprekken van ten minste 30 minuten óf ten minste één maand adequaat medicijngebruik met ten minste vier gesprekken) dan mensen woonachtig met een partner, volwassenen met betaald werk en mensen met een hoog huishoudinkomen. Dit is in overeenstemming met de NCS-R-bevindingen in de Verenigde Staten, waarin werd gevonden dat deze sociaaldemografische kenmerken niet gerelateerd waren aan het krijgen van meer of minder intensieve hulp in de GGZ na controle voor verschillen in het vóórkomen van psychische aandoeningen (Wang e.a., 2005; zie ook Kessler e.a., 2003a; Duhoux e.a., 2009).

Drie op de 10 zorggebruikers krijgen medicatie voorgeschreven in de AGZ en GGZ

Van de mensen die in de afgelopen 12 maanden uitsluitend AGZ vanwege psychische problemen hadden gebruikt, hadden bijna drie op de 10 medicatie voorgeschreven gekregen. In de GGZ ontvingen ook drie op de 10 medicatie. Of zorggebruikers medicatie voorgeschreven kregen, hing samen met de ernst van hun psychische aandoening. Hoe ernstiger de problematiek hoe vaker men medicatie ontving; dat gold in de AGZ en nog sterker in de GGZ. Dergelijke analyses zijn, voor zover wij konden nagaan, niet eerder gedaan in Nederlands bevolkingsonderzoek of de WMHS.

Opvallend was dat binnen de groep mensen met een psychische aandoening de ernst van de problematiek in de AGZ niet en in de GGZ wel samenhing met het ontvangen van medicatie. Dit wijst erop dat wat betreft het voorschrijven van medicatie binnen de AGZ het principe van stepped care (het bieden van niet minder zorg dan nodig, maar niet meer dan noodzakelijk) niet gevolgd wordt. Uitgaande van de stepped care benadering zou verwacht worden dat met name bij ernstige psychische problematiek medicatie voorgeschreven wordt.

Intensievere niveaus van zorg in de GGZ dan in de uitsluitend AGZ

Niet verrassend en conform eerder onderzoek (o.a. Duhoux e.a., 2009; Roberge e.a., 2011) en de beoogde doelstellingen in de zorg, wordt in de GGZ meer intensieve zorg verleend dan in de AGZ. Iets meer dan de helft (51,1%) van de mensen die in de afgelopen 12 maanden gebruikmaakten van de GGZ ontving hulp van het meest intensieve niveau (niveau 4), tegenover 13% van de mensen die in de afgelopen 12 maanden *uitsluitend* AGZ hadden gebruikt vanwege psychische problemen. Dit relatief lage percentage binnen de AGZ hangt samen met structurele kenmerken (vergoedingensysteem voor behandeling van psychische aandoeningen, takenpakket van huisartsen), hulpverlenerskenmerken (taakopvatting huisartsen over behandeling van psychische aandoeningen, ervaring en training in het behandelen van deze aandoeningen, werkdruk) en patiënt-

kenmerken (de mate waarin de patiënt het behandeladvies opvolgt) (Wang e.a., 2005; Olfson e.a., 2009). Het niveau geeft indirect ook aan welke mogelijkheden er binnen de AGZ zijn om meer intensieve psychische hulp te verlenen. Dat lijkt alleen mogelijk indien huisartsen hierin financieel en inhoudelijk ondersteund worden, bijvoorbeeld door de inzet van praktijkondersteuners GGZ (POH's-GGZ) of eerstelijnspsychologen die de behandeling van psychische aandoeningen op zich nemen.

Ernst van de psychische aandoening is gerelateerd aan meer intensieve zorg in de GGZ, maar niet in de AGZ

Bij de mensen die in de afgelopen 12 maanden uitsluitend AGZ vanwege psychische problemen hadden gebruikt, hing de ernst van hun aandoening niet samen met de intensiteit van zorg dat men binnen deze zorgsector kreeg. Dit gold wel voor de GGZ. Daarin kreeg ruim 80% hulp van het minst intensieve niveau (ten minste twee gesprekken) en kreeg ruim de helft hulp van het meest intensieve niveau (ten minste acht gesprekken van ten minste 30 minuten óf ten minste één maand adequaat medicijngebruik met ten minste vier gesprekken). Of GGZ-gebruikers meer of minder intensieve zorg kregen, hing samen met de ernst van hun problematiek: des te ernstiger, des te intensiever de zorg. Deze bevindingen wijzen erop dat bij de behandeling van psychische problemen binnen de AGZ onvoldoende gewerkt wordt volgens het stepped care principe, terwijl dat in de GGZ veel meer het geval is.

Deels in overeenstemming met de bevindingen uit dit rapport blijkt dat de ernst van de psychische aandoening in de WMHS gerelateerd was aan meer intensieve hulp binnen de totale zorgsector (niveau 3). Dat gold voor de eerdere Nederlandse studie binnen de WMHS en de NCS-R in de Verenigde Staten, maar niet voor de meerderheid van de ontwikkelde landen (Wang e.a., 2007). Een bevestiging van onze bevindingen vinden we verder bij een Nederlands onderzoek bij patiënten, waarin ernst van de psychische aandoening ook niet gerelateerd was aan meer intensieve huisartsenzorg (Smolders e.a., 2009) en bij de NCS-R, waarin bij mensen met een depressieve stoornis de ernst ervan gerelateerd was aan meer intensieve zorg in de GGZ, maar niet in de AGZ (Kessler e.a., 2003a).

Uit dit rapport blijkt verder dat GGZ-gebruikers met een stemmings- of angststoornis meer kans hadden op zorg van het vierde niveau dan degenen zonder deze stoornissen. GGZ-gebruikers met een middelenstoornis hadden geen verhoogde kans op zorg van dit niveau. Dit komt overeen met de NCS-R-bevindingen in de Verenigde Staten (Wang e.a., 2005), waaruit blijkt dat relatief meer GGZ-gebruikers met een stemmings- of angststoornis intensieve hulp (niveau 4) ontvangen dan GGZ-gebruikers met een middelenstoornis. Dit kan erop wijzen dat de GGZ beter is toegerust op behandeling van stemmings- en angststoornissen of dat mensen met een middelenstoornis sneller van behandeling afzien dan mensen met een stemmings- of angststoornis.

Aanvullende NEMESIS-2-analyses laten zien dat in Nederland relatief meer GGZ-gebruikers intensieve hulp (niveau 4) ontvangen dan in de VS; bij een stemmingsstoornis: 70,8% versus 52,3%; bij een angststoornis: 62,8% versus 51,5%; bij een middelenstoornis: 44,2% versus 34,9%. In de WMHS, waarin naar intensieve hulp

(niveau 4) binnen de totale zorgsector werd gekeken, bleek de VS ook beduidend achter te lopen op Nederland en andere West-Europese landen (Wang e.a., 2007). Het door ons gevonden verschil met de VS kan dus duiden op een werkelijk verschil, maar kan ook verklaard worden door verschillen in opzet tussen beide studies (samenstelling steekproef, definitie van intensieve zorg, keuze peiljaar).

4.3 Conclusies en aanbevelingen

De bevindingen van dit rapport wijzen erop dat de principes van stepped en matched care nog niet optimaal worden toegepast in de zorg voor mensen met psychische problemen. Het blijkt dat relatief veel mensen met subklinische beelden – de psychische problemen zijn niet ernstig genoeg om te kunnen spreken van een psychische stoornis volgens standaard psychiatrische criteria – in behandeling zijn in de GGZ, terwijl veel ernstige gevallen dit niet zijn. Dit komt overeen met buitenlands onderzoek en kan meerdere oorzaken hebben, variërend van kenmerken van zowel de patiënt (Mojtabai e.a., 2002), hulpverlener als de organisatie en financiering van de zorg (Gabilondo e.a., 2011). Toekomstig onderzoek zou in kaart kunnen brengen welke oorzaken voor de Nederlandse situatie gelden.

Hoewel de resultaten van dit rapport erop wijzen dat een deel van de personen met psychische problemen niet op de meest geëigende plek behandeld wordt, kan niet bepaald worden wat de precieze omvang van dit probleem is. Zoals hierboven besproken zijn er diverse mogelijke andere verklaringen voor de bevinding dat relatief veel GGZ-gebruikers subklinische klachten hebben en die juist kunnen wijzen op passende zorg (o.a. behandeling door een eerstelijnspsycholoog; eerder geboden zorg heeft geresulteerd in afname van klachten tot een subklinisch niveau). Verder kan het gevonden percentage personen met een ernstige psychische aandoening dat niet gebruikmaakte van GGZ in werkelijkheid lager zijn, bijvoorbeeld doordat ze al wel aangemeld waren bij de GGZ, maar nog geen behandeling kregen.

Zoals in de inleiding beschreven streeft de overheid ernaar de behandeling van lichte gevallen in de tweedelijns-GGZ zo veel mogelijk te beperken, en op te vangen in een sterke eerstelijns-GGZ. Deze strategie is echter alleen zinvol als mensen met lichte aandoeningen in de eerste lijn ook kwalitatief goede zorg ontvangen; bij beperkte zorg kunnen zij op termijn ernstige aandoeningen ontwikkelen (Kessler e.a., 2003b). Bovendien is het niet zo dat als lichte gevallen de toegang tot de tweedelijns-GGZ worden geweigerd, zware gevallen automatisch in zorg komen. Indien vroegtijdige behandeling verdergaande problematiek kan voorkomen, dan zal behandeling van deze lichte gevallen kosteneffectief zijn. Het is echter moeilijk om hierop beleid te baseren, omdat goede informatie ontbreekt over welke kenmerken van lichte gevallen voorspellend zijn voor een slechter beloop.

Ondanks deze kanttekeningen kan, ons inziens, de psychische behandeling van lichte gevallen wel meer dan nu wordt gedaan in de eerste lijn, worden gestimuleerd mits de psychische hulpverlening in dit deel van de sector verbetert. Dat betekent dat indien huisartsen deze hulp op zich nemen, zij meer getraind en ondersteund moeten worden in de herkenning , ernstbepaling en behandeling van psychische aandoeningen, dat binnen de huisartsvoorziening een ruimer behandelaanbod beschikbaar moet zijn (m.n. kortdurende psychologische interventies; Verhaak e.a., 2011), en dat POH's-GGZ, eerstelijnspsychologen of andere aanbieders van kortdurende generalistische zorg, wel in voldoende mate aanwezig moeten zijn.

Dit rapport laat immers zien dat de psychische hulpverlening in de algemene gezondheidszorg die vooral gegeven wordt door huisartsen voor verbetering vatbaar is. De hulp wordt nog onvoldoende gefaseerd opgebouwd volgens het stepped care principe: bijna alle patiënten met psychische aandoeningen die uitsluitend gebruikmaakten van de AGZ kregen dezelfde hulp qua aard en intensiteit, ongeacht de ernst van hun psychische aandoening. Bovendien is de hulp in de AGZ tamelijk licht te noemen: gevonden werd dat de helft van de patiënten met een psychische aandoening minder dan twee gesprekken kreeg. Indien in deze sector meer volgens het stepped care principe gewerkt wordt, waarbij pas als eenvoudige behandeling niet werkt zwaardere zorg wordt ingezet, zou er een duidelijkere relatie te zien zijn geweest tussen de ernst van de problematiek en aard en intensiteit van de hulpverlening en zou er meer variatie te zien zijn geweest in de aangeboden behandelingen vanwege psychische problematiek.

Om een ombuiging van patiënten met lichte psychische aandoeningen van de tweedelijns-GGZ naar de eerste lijn daadwerkelijk te kunnen realiseren, dienen huisartsen de ernst van psychische problemen goed in te schatten, hun behandelaanbod hierop beter af te stemmen en patiënten sneller te verwijzen indien hun problematiek meer gespecialiseerde hulp vereist. Daarnaast zouden huisartsen bij de herkenning, ernstbepaling en behandeling van psychische problematiek in voldoende mate ondersteund moeten worden door POH's-GGZ, en goed samen dienen te werken met eerstelijnspsychologen of andere aanbieders van kortdurende generalistische behandeling.

In het recentelijk gesloten Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 heeft het Ministerie van VWS met partijen in de GGZ afgesproken toe te werken naar een andere ordening in de GGZ, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen huisartsenzorg, generalistische Basis-GGZ en specialistische GGZ (Bestuurlijk Akkoord, 2012). De bedoeling is dat de specialistische GGZ zich vooral gaat richten op het herstel of de rehabilitatie van patiënten met (zeer) complexe aandoeningen, en dat een aanzienlijk deel van de patiënten die nu in de tweede-lijns GGZ worden geholpen, overgenomen gaat worden in een sterke huisartsenzorg en generalistische Basis-GGZ. Idealiter zou een dergelijke ombuiging in de patiëntenstroom gepaard moeten gaan met gedegen onderzoek waarin wordt nagegaan in welke mate dit daadwerkelijk wordt gerealiseerd en het niet gepaard gaat met negatieve neveneffecten.

Referenties

Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 (2012). http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014.html

Borges, G., Medina-Mora, M.E., Wang, P.S., e.a. (2006). Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1371-1378.

CVZ (2012). *Geneeskundige GGZ (deel 1)*. Wat is nu verzekerde zorg en wat niet? Diemen: College voor zorgverzekeringen.

Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., e.a. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA,* 291, 2581-2590.

Duhoux, A., Fournier, L., Nguyen, C.T., e.a. (2009). Guideline concordance of treatment for depressive disorders in Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 385-392.

Fayyad, J., Graaf, R. de, Kessler, R., e.a. (2007). The cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 402-409.

Fernández, A., Haro, J.M., Martinez-Alonso, M., e.a. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *British Journal of Psychiatry*, 190, 172-173.

Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Rodrigues, A., e.a. (2011). Use of primary and specialized mental health care for a major depressive episode in Spain by ESEMeD respondents. *Psychiatric Services*, 62, 152-161.

Graaf, R. de, Ormel, J., Have, M. ten, e.a. (2008). Mental disorders and service use in the Netherlands: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). In: Kessler, R.C. & Üstün, T.B. (Eds.), *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders* (pp 388-405). New York: Cambridge University Press.

Graaf, R. de, Have, M. ten & Dorsselaer, S. van (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut.

Haro, J.M., Arbabzadeh-Bouchez, S., Brugha, T.S., e.a. (2006). Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15, 167-180.

Have, M. ten (2004). *Care service use for mental health problems in the general population: trends and explanations*. Dissertatie. Rijksuniversiteit Groningen.

Have, M. ten, Land, H. van 't & Graaf, R. de (2009). *Voorspellers van zorggebruik in de eerstelijn en de tweedelijns GGZ. Themarapportage in het kader van de Trendrapportage GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., e.a. (2003a). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289, 3095-3105.

Kessler, R.C., Merikangas, K.R., Berglund, P., e.a. (2003b). Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1117-1122.

Kessler, R.C., Berglund, P.A., Chiu, W-T., e.a. (2008). The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Cornerstone in Improving Mental Health and Mental Health Care in the United States. In: Kessler, R.C. & Üstün, T.B. (Eds.), *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders* (pp 165-209). New York: Cambridge University Press.

Kessler, R.C., Chiu, W-T., Demler, O., e.a. (2005a). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives General of Psychiatry*, 62, 617-627.

Kessler, R.C., Demler, O., Frank, R.G., e.a. (2005b). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine,* 352, 2515-2523.

Leon, A.C., Olfson, M., Portera, e.a. (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *International Journal of Psychiatry in Medicine,* 27, 93-105.

Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., e.a. (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35, 1773-1783.

Mojtabai, R., Olfson, M. & Mechanic, D. (2002). Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety or substance use disorders. *Archives General of Psychiatry*, 59, 77-84.

NZa (2011). *Advies Basis GGZ*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Olfson, M., Mojtabai, R. Sampson, N.A., e.a. (2009). Dropout from outpatient mental health care in the United States. *Psychiatric Services*, 60, 898-907.

Roberge, P., Fournier, L., Duhoux, A., e.a. (2011). Mental health service use and treatment adequacy for anxiety disorders in Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 321-330.

Shen, Y-C., Zhang, M-Y., Huang, Y-Q., e.a. (2006). Twelve-month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China. *Psychological Medicine*, 36, 257-267.

Slade, T., Johnston, A., Oakley-Browne, M.A., e.a. (2009). 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: methods and key findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 594-605.

Smolders, M., Laurant, M., Verhaak, P., e.a. (2009). Adherence to evidence-based guidelines for depression and anxiety disorders is associated with recording of the diagnosis. *General Hospital Psychiatry*, 31, 460-469.

Stewart, A.L., Hayes, R.D. & Ware, J.E. (1988). The MOS short form general health survey. *Medical Care*, 26, 724-735.

Uebelacker, L.A., Wang, P.S., Berglund, P., e.a. (2006). Clinical differences among patients treated for mental health problems in general medical and specialty mental health settings in the National Comorbidity Survey Replication. *General Hospital Psychiatry*, 28, 387-395.

Verhaak, P.F.M., Dijk, C.E. van, Nuyen, J., e.a. (2012). Mental health care as deliverd by Dutch general practitioners between 2004 and 2008. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 30, 156-162.

Verhaak, P.F.M, Zwaanswijk, M., Have ten, J. (2011). Psychologische interventies. *Huisarts en Wetenschap*, 54, 23-28.

VWS (2011). *Verzoek om uitvoeringstoets Basis GGZ*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., e.a. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *The Lancet,* 370, 841-850.

Wang, P.S., Berglund, P.A., Olfson, M., e.a. (2004). Delays in initial treatment contact after first onset of a mental disorder. *Health Services Research*, 39, 393-415.

Wang, P.S., Lane, M., Olfson, M., e.a. (2005). Twelve-month use of mental health services in the Unites States. *Archives General of Psychiatry*, 62, 629-640.

Wang, P.S., Demler, O., Olfson, M., e.a. (2006). Changing profiles of service sectors used for mental health care in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1187-1198.

Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The RAND-36 Short-form Health status Survey: 1: Conceptual Framework and item-selection. *Medical Care*, 30, 473-481.

Trimbos instituut



De overheid en partijen in de geestelijke gezondheidszorg steven ernaar om de zorg voor mensen met psychische problemen meer in te richten volgens de principes van stepped care (het bieden van niet minder zorg dan nodig, maar niet meer dan noodzakelijk) en matched care (zorg die erop gericht is de patiënt zo snel mogelijk op de meest geëigende plaats te behandelen). In dit kader presenteert dit rapport recente gegevens over de relatie tussen de ernst van psychische problematiek en de aard en intensiteit van zorggebruik. De gebruikte gegevens zijn afkomstig uit NEMESIS-2 (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2), een representatief bevolkingsonderzoek naar de psychische gezondheid van volwassen Nederlanders (18-64 jaar).

Dit rapport is uitgebracht in het kader van de Trendrapportage GGZ 2012. Publicaties in het kader van de Trendrapportage GGZ verschijnen jaarlijks en bieden overzichten van de belangrijkste ontwikkelingen in de GGZ op drie deelterreinen:

1. Organisatie, structuur en financiering
2. Toegang en zorggebruik
3. Kwaliteit en effectiviteit

De Trendrapportage GGZ wordt opgesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

www.trimbos.nl

ISBN 978-90-5253-741-2